

RBSO

REVISTA BRASILEIRA DE
SAÚDE
OCUPACIONAL

ISSN 0303 - 7657

RBSO

Vol.35 • nº 121
jan/jun 2010

Dossiê:

**Incapacidade, Reabilitação Profissional e
Saúde do Trabalhador**

***Disability, Occupational Rehabilitation, and
Workers' Health***

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva
Ministro do Trabalho e Emprego
Carlos Lupi

FUNDACENTRO

Presidente
Eduardo de Azeredo Costa

Diretor Executivo Substituto
Hilbert Pfaltzgraff Ferreira

Diretor Técnico
Jófilo Moreira Lima Júnior

Diretor de Administração e Finanças
Hilbert Pfaltzgraff Ferreira

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

www.fundacentro.gov.br

Editores Científicos

Eduardo Algranti – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ-Brasil

Editor Executivo

Eduardo Garcia Garcia – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil

Editores Associados

Andréa Maria Silveira – UFMG, Belo Horizonte-MG-Brasil
Aparecida Mari Iguti – Unicamp, Campinas-SP-Brasil
Carlos Machado de Freitas – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ-Brasil
Claudia Carla Gronchi – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
Irlon de Ângelo da Cunha – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
José Prado Alves Filho – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
Marco Antonio Bussacos – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
Mina Kato - São Paulo – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela – USP, São Paulo-SP-Brasil
Rogério Galvão da Silva – Fundacentro, São Paulo-SP-Brasil
Rose Aylce Oliveira Leite – Museu Paraense Emílio Göeldi, Belém-PA-Brasil

Editoras do Dossiê Temático

Mara Takahashi – editora convidada, Cerest, Piracicaba -SP-Brasil
Mina Kato – editora associada
Rose Aylce Oliveira Leite – editora associada

Conselho Editorial

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte-MG
Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ
Dalila Andrade de Oliveira – UFMG, Belo Horizonte-MG
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte-MG
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu-SP
Leny Sato – USP, São Paulo-SP
Mário César Ferreira – UnB, Brasília-DF
Raquel Maria Rigotto – UFC, Fortaleza-CE
Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel – UECE/Unifor, Fortaleza-CE
Renato Rocha Lieber – Unesp, Guaratinguetá-SP
Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas-SP
Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador-BA
Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo-SP

Secretaria Executiva

Elena Riederer – coordenação e revisão de inglês
Mina Kato – revisão de inglês
Karla Machado – apoio administrativo
Thaís dos Santos Luiz (estagiária)

Produção Gráfica

Gláucia Fernandes – coordenação e criação capa
Gisele Almeida (estagiária) – diagramação capa e miolo
Karina Penariol Sanches – revisão de textos
Marcos Rogeri – impressão gráfica
Walquiria Schafer (estagiária) – revisão de textos

Normalização

Sérgio Cosmano
Alda Melânia César
Maria Aparecida Giovanelli

Distribuição

Serviço de Documentação e Biblioteca

Digitalização

Elisabeth Rossi

Indexação

- CAB ABSTRACTS
- CIS/ILO - International Occupational Safety and Health Information Centre/International Labor Organization
- DOAJ - Directory of Open Access Journals
- GLOBAL HEALTH
- LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
- REPIDISCA/BVSDE - Red Panamericana de Información en Salud Ambiental/Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Copyright

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional pertencem à Fundacentro e abrangem as publicações impressa, em formato eletrônico ou outra mídia. A reprodução total ou parcial dos artigos publicados é permitida mediante menção obrigatória da fonte e desde que não se destine a fins comerciais.

www.fundacentro.gov.br/rbso

Política Editorial

A RBSO é o periódico científico da Fundacentro, publicado desde 1973. Com frequência semestral, destina-se à difusão de artigos originais de pesquisas sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) cujo conteúdo venha a contribuir para o entendimento e a melhoria das condições de trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e para subsidiar a discussão e a definição de políticas públicas relacionadas ao tema.

A RBSO publica artigos de relevância científica no campo da SST. As contribuições de pesquisas originais inéditas são consideradas prioritárias para publicação. Com caráter multidisciplinar, a revista cobre os vários aspectos da SST nos diversos setores econômicos do mundo do trabalho, formal e informal: relação saúde-trabalho; aspectos conceituais e análises de acidentes do trabalho; análise de riscos, gestão de riscos e sistemas de gestão em SST; epidemiologia, etiologia,nexo causal das doenças do trabalho; exposição a substâncias químicas e toxicologia; relação entre saúde dos trabalhadores e meio ambiente; comportamento no trabalho e suas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais; saúde mental e trabalho; problemas musculoesqueléticos, distúrbios do comportamento e suas associações aos aspectos organizacionais e à reestruturação produtiva; estudo das profissões e das práticas profissionais em SST; organização dos serviços de saúde e segurança no trabalho nas empresas e no sistema público; regulamentação, legislação, inspeção do trabalho; aspectos sociais, organizacionais e políticos da saúde e segurança no trabalho, entre outros.

A revista visa, também, incrementar o debate técnico-científico entre pesquisadores, educadores, legisladores e profissionais do campo da SST. Nesse sentido, busca-se agregar conteúdos atuais e diversificados na composição de cada número publicado, trazendo também, sempre que oportuno, contribuições sistematizadas em temas específicos.

O título abreviado da revista é Rev. bras. Saúde ocup.

Sumário

- Editorial 6 **Respondendo a um chamamento!**
Jorge Mesquita Huet Machado, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- Dossiê temático** **Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador**
- Apresentação 7 **Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens**
Mara Takahashi, Mina Kato, Rose Aylce Oliveira Leite
- Artigos 10 **Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil**
Rosé Colom Toldrá, Maria Teresa Bruni Daldon, Maria da Conceição dos Santos, Selma Lancman
- 23 **Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo**
Luciane Frizo Mendes, Selma Lancman
- 33 **A saúde dos músicos: dor na prática profissional de músicos de orquestra no ABCD paulista**
Camila Frabetti Campos de Oliveira, Flora Maria Gomide Vezzà
- 41 **O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia**
Fernando Donato Vasconcelos
- 53 **Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo**
Maria Maeno, Victor Wünsch Filho
- Ensaaios 64 **Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional**
Angela Paula Simonelli, João Alberto Camarotto, Ecléa Spiridião Bravo, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- 74 **A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT**
Gutemberg Livramento, Tânia Franco, Alaíde Livramento
- 87 **Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública**
Maria Maeno, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Relatos de experiência 100 **Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP**
Mara Alice Batista Conti Takahashi, Angela Paula Simonelli, Helder do Prado Sousa, Renata Wey Berti Mendes, Maria Valéria de Andrade Alvarenga
- 112 **Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador**
Mônica Angelim Gomes de Lima, Andréa Garboggini Melo Andrade, Camila Moitinho de Aragão Bulcão, Esperança Maria de Carvalho Lino Mota, Francesca de Brito Magalhães, Rita de Cássia Peralta Carvalho, Sonara Machado de Carvalho Freitas, Sylvia Regina Freire de Carvalho Sá, Lauro Antonio Porto, Robson da Fonseca Neves

Sumário

Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	122	Nota técnica
Heloisa B. V. Di Nubila		
Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina	124	Tema livre
Karine de Lima Sírío Boclin, Nelson Blank		
Exposição ocupacional a material biológico por pessoal de saúde: construção e proposição de instrumentos avaliativos	131	Artigos
Paula Muniz do Amaral, José Tavares-Neto		
Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	148	
Jandira Pereira dos Santos, Airton Pozo de Mattos		
Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros	157	
Nei Santos Duarte, Maria Yvone C. Mauro		
Prevalência de queixas vocais e estudo de fatores associados em uma amostra de professores de ensino fundamental em Maceió, Alagoas, Brasil	168	Comunicação breve
Luciano Padilha Alves, Laura Tathianne Ramos Araújo, José Augusto Xavier Neto		
Ser ou não ser um artífice – uma questão para a Saúde do Trabalhador?	176	Resenha
Magali Costa Guimarães		

Contents

- Editorial 6 ***Answering a request!***
Jorge Mesquita Huet Machado, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- Dossier** ***Disability, occupational rehabilitation, and Workers' Health***
- Presentation 7 ***Disability, occupational rehabilitation, and Workers' Health – old questions, new approaches***
Mara Takahashi, Mina Kato, Rose Aylce Oliveira Leite
- Articles 10 ***Facilitating factors and barriers for returning to work – the experience of workers treated at a Workers' Health Reference Center in São Paulo, Brazil***
Rosé Colom Toldrá, Maria Teresa Bruni Daldon, Maria da Conceição dos Santos, Selma Lancman
- 23 ***Rehabilitation of patients with RSI/WRMD – the contribution of group physical therapy***
Luciane Frizo Mendes, Selma Lancman
- 33 ***Musicians' health: pain resulting from playing musical instruments among members of orchestras of the ABCD region, São Paulo, Brazil***
Camila Frabetti Campos de Oliveira, Flora Maria Gomide Vezzà
- 41 ***Workers with disability and process for their inclusion in the labor market of Salvador, Bahia, Brazil***
Fernando Donato Vasconcelos
- 53 ***Reintroduction into the job market of former workers with RSI of an electronics industry in São Paulo metropolitan area, Brazil***
Maria Maeno, Victor Wünsch Filho
- Essays 64 ***Proposing an articulation between methodologies to improve occupational rehabilitation process***
Angela Paula Simonelli, João Alberto Camarotto, Ecléa Spiridião Bravo, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- 74 ***Lian Gong/Qi Gong – Chinese therapeutic and preventive exercise as an instrument for Cumulative Trauma Disorders prevention and rehabilitation***
Gutembergue Livramento, Tânia Franco, Alaíde Livramento
- 87 ***Occupational rehabilitation in Brazil – elements for the development of public policy***
Maria Maeno, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Report on experience 100 ***Rehabilitation program for workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil***
Mara Alice Batista Conti Takahashi, Angela Paula Simonelli, Helder do Prado Sousa, Renata Wey Berti Mendes, Maria Valéria de Andrade Alvarenga
- 112 ***Cesat/Bahia rehabilitation program for workers with RSI/WRMD – a starter for changes in Workers' Health***
Mônica Angelim Gomes de Lima, Andréa Garboggini Melo Andrade, Camila Moitinho de Aragão Bulcão, Esperança Maria de Carvalho Lino Mota, Francesca de Brito Magalhães, Rita de Cássia Peralta Carvalho, Sonara Machado de Carvalho Freitas, Sylvania Regina Freire de Carvalho Sá, Lauro Antonio Porto, Robson da Fonseca Neves

Contents

<i>An introduction to the International Classification of Functioning, Disability and Health</i> Heloisa B. V. Di Nubila	122	Technical note
Assorted topics		
<i>Overweight and obesity prevalence in kitchen workers of public hospitals in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil</i> Karine de Lima Sírío Boclin, Nelson Blank	124	Articles
<i>Healthcare personnel's occupational exposure to biological material – elaboration and proposition of assessment instruments</i> Paula Muniz do Amaral, José Tavares-Neto	131	
<i>Illness absenteeism in the municipal administration of Porto Alegre, Brazil</i> Jandira Pereira dos Santos, Airton Pozo de Mattos	148	
<i>Analysis of nursing occupational risk factors from nurses' perspective</i> Nei Santos Duarte, Maria Yvone C. Mauro	157	
<i>Prevalence of vocal complaints and study of associated factors in a sample of elementary school teachers in Maceió, Brazil</i> Luciano Padilha Alves, Laura Tathianne Ramos Araújo, José Augusto Xavier Neto	168	Short communication
<i>To be or not to be a craftsman – a question for Workers' Health?</i> Magali Costa Guimarães	176	Book review

Jorge Mesquita Huet Machado^{1,2}
Francisco Antonio de Castro
Lacaz^{1,3}

Respondendo a um chamamento!

Answering a request!

¹ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO/GT Saúde do Trabalhador.

² Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; assessor técnico do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

³ Professor Associado II do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina.

Pioneira na publicação de artigos sobre estudos e pesquisas referentes às relações Trabalho-Saúde, a *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (RBSO), periódico científico editado pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), desde 1973, vem abordando temáticas importantes para a difusão das práticas relativas à saúde dos trabalhadores.

Assim, no editorial intitulado “A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador” (ALGRANTI, E. et al. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 104-105, jul/dez. 2009. Editorial.), a revista assume o posicionamento de estabelecer um diálogo com o campo Saúde do Trabalhador, dando sinais de uma clara abertura para novas abordagens. Até mesmo a proposta de mudança do nome da revista e a opção por sua manutenção, embora, de fato, não fosse a questão central da discussão travada pelo seu Conselho Editorial, ressalta a abertura de escopo acima referida.

Neste sentido, atenta ao aumento da produção científica no campo Saúde do Trabalhador, mas também à sua “fragmentação e dispersão”, a política editorial agora adotada pela RBSO “[...] visa, [...], enfrentar este aspecto apontado, colocando-se como um locus da produção acadêmica na área” (ALGRANTI, E. et al., *Ibid.*, p. 104).

Mesmo mantendo seu nome, o que importa realmente é o compromisso da revista com o campo Saúde do Trabalhador e em “[...] consolidar seus objetivos e cumprir a missão de ‘publicar artigos científicos relevantes para o desenvolvimento do conhecimento e para incrementar o debate teórico científico no campo da SST’” (ALGRANTI, E. et al., *Ibid.*, p. 105). Este delineamento abre a perspectiva de um debate sobre a configuração das aproximações e diferenciações entre estes campos, tema que se coloca em especial relevância no Brasil pela coexistência de políticas que trazem essas denominações.

Diante deste chamamento, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), através de seu Grupo de Trabalho em Saúde do Trabalhador, posiciona-se no sentido de considerá-lo um importante avanço, o que permite um diálogo cada vez mais profícuo, seja com os grupos acadêmicos em Saúde Coletiva que se dedicam à produção do conhecimento em Saúde do Trabalhador, seja com os profissionais de saúde, que, por todo o território nacional, desenvolvem suas atividades nos serviços voltados à atenção em Saúde do Trabalhador e que também expressam seus achados e reflexões nos Congressos e demais eventos promovidos pela Abrasco, com suas vivências para a produção de conhecimento no campo.

Dessa forma, a RBSO passa a ser um espaço privilegiado de publicação para a difusão do conhecimento nacional produzido pelos grupos e profissionais que vêm pensando a Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Coletiva.

Assim, a Abrasco, através do GT de Saúde do Trabalhador, vem a público somar-se ao chamamento anunciado pelo Conselho Editorial da RBSO, visando estabelecer uma parceria promissora para ambos os lados, na perspectiva de contribuir para que o conhecimento produzido seja socializado, e que tal fato colabore para a elaboração de políticas sociais de abrangência nacional embasadas nas formulações do campo Saúde do Trabalhador.

Mara Takahashi¹
Mina Kato²
Rose Aylce Oliveira Leite³

Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens

Disability, occupational rehabilitation, and Worker's Health – old questions, new approaches

¹ Editora convidada. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Cerest, Piracicaba, SP.

² Editora associada. Fundacentro, São Paulo, SP.

³ Editora associada. Ministério da Ciência e Tecnologia. Museu Paraense Emílio Göeldi/MPEG, Belém, PA.

A prática da reabilitação profissional é a resposta pública à questão da incapacidade para o trabalho, mas aqui trataremos especificamente da incapacidade decorrente de sequelas de acidentes de trabalho e de agravos de etiologia ocupacional.

No mundo ocidental capitalista, a obrigatoriedade legal da prestação dos programas de reabilitação profissional está tradicionalmente vinculada aos sistemas de Previdência Social, uma vez que seus resultados positivos reduzem o tempo e, conseqüentemente, os custos de concessão dos benefícios previdenciários, bem como evitam a incapacidade permanente para o trabalho (MOOM; GEICKER, 1998). No Brasil, com a estatização do Seguro do Acidente de Trabalho (SAT) em 1967, os serviços de reabilitação profissional foram implantados no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, desmontados na década de 1990 pelo atual Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), transformaram-se em procedimentos administrativos de retorno às empresas após alta pericial (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

A construção teórica do modelo de atenção em reabilitação profissional é bastante escassa na literatura brasileira. A prática mostra ter potencialmente um papel socialmente mais relevante e, através de seus serviços e programas terapêuticos e de profissionalização, realiza uma intervenção estruturada com o objetivo de reduzir e superar as limitações funcionais, emocionais e sociais, intervindo no estabelecimento da incapacidade para o trabalho e possibilitando aos trabalhadores reabilitados os meios necessários para o retorno a um trabalho compatível e saudável. A eficácia e a efetividade destes programas são qualificações de resultados articulados diretamente a uma construção social mais ampla, permeada por interesses de classes e projetos políticos em disputa: o conceito de incapacidade. Da legitimidade deste processo depende a efetivação de políticas públicas de seguridade social mais abrangentes e inclusivas.

Se, por um lado, as mudanças nas elaborações teóricas desta concepção, ao longo dos últimos dois séculos, refletem as transformações históricas, políticas e sociais das sociedades capitalistas ocidentais, por outro, retratam o acúmulo do conhecimento científico definidor e incorporador das ideias às práticas. Deste construto paradigmático hegemônico emanam as decisões consolidadas na implantação de políticas públicas e na organização estatal de modelos de atenção em serviços de atendimento à população com incapacidades. A evolução deste processo reflete um longo caminho de lutas políticas e conquistas sociais. Partindo da concepção de tragédia pessoal, segundo a qual a incapacidade é um problema individual e as “vítimas”, por intolerância social e omissão do Estado, são confinadas ao ocultamento, contando apenas com o cuidado familiar e a benemerência da paróquia e da

burguesia abastada, chegou-se até a concepção socioambiental que apresenta evidências de que a incapacidade é um fenômeno de relação que não se realiza num vácuo social, que as determinações estruturais e os fatores sociais são preponderantes no seu estabelecimento e superação.

A magnitude dos dados estatísticos das pessoas com incapacidades reforçam a importância das práticas de reabilitação profissional. No Brasil, o último censo demográfico contabilizou 24.600.256 pessoas que relataram ter algum tipo de deficiência ou de incapacidade, representando 14% da população geral (BRASIL, 2000). Nos dados por faixa etária, o intervalo de 20 a 49 anos de idade, período mais produtivo da vida das pessoas e, portanto, de maior absorção pelo mercado de trabalho formal e informal, é também onde se situaram 35% dos informantes com incapacidades, revelando o determinismo das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores no Brasil como causa de incapacidades e não apenas como resultante do processo de envelhecimento natural da população.

Este panorama censitário é corroborado pelas estatísticas alarmantes dos acidentes e doenças do trabalho no país, como os dados apresentados pela Dataprev para o ano de 2007, que registram a ocorrência de 653.090 casos, distribuídos por 50 CID(s) mais incidentes e que resultam em sequelas com limitações funcionais (BRASIL, 2007). Destes, merecem destaque as sequelas de acidentes de trabalho (CID Grupos S e T), primeira causa de afastamento do trabalho, e as LER/DORT, que ocupam o segundo lugar (CID Grupos G e M). Marcam presença significativa nos bancos de dados da Previdência Social os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho (algumas patologias do Grupo F), porém, estes casos são minimamente contemplados pelos programas de reabilitação profissional, sendo sua atenção desenvolvida no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede do Sistema Único de Saúde. Cabe ressaltar que os dados previdenciários referem-se apenas ao mercado formal e são divulgados através do Anuário, restritos ao período de doze meses.

Este dossiê temático “Incapacidade, reabilitação e Saúde do Trabalhador” ressalta o desenvolvimento das políticas e práticas de reabilitação no país e pretende contribuir para minimizar a carência de literatura sobre o tema, apresentando experiências de serviços, proposição de novas práticas e estudos observacionais.

O artigo de Maeno e Vilela traz um histórico da reabilitação profissional no Brasil, coordenada pela Previdência Social, e ressalta a ineficiência do serviço em diferentes momentos, fundamentando a necessidade de construção social de um modelo capaz de superar a situação de exclusão de uma parcela significativa de trabalhadores que sofrem restrições físicas, psicológicas e sociais decorrentes de acidentes traumáticos e de adoecimento crônico, como os acometidos por lesões por esforços repetitivos (LER/DORT).

Em busca de caminhos alternativos para tratar e reintegrar estes trabalhadores no mercado de trabalho, surgiram experiências no âmbito da Renast/SUS, como as relatadas por Takahashi e cols. e Lima e cols., implementadas por intermédio de programas de reabilitação profissional de trabalhadores com LER/DORT, respectivamente no CRST de Piracicaba, São Paulo, e no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Surgem ainda propostas metodológicas como a apresentada por Simonelli e cols., com o objetivo de identificar as potencialidades do trabalhador reabilitado utilizando, de forma integrada, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) e a avaliação do ambiente de trabalho por meio da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), objetivando a uma maior aproximação entre “as exigências do trabalho e as potencialidade do trabalhador, numa visão social do problema da reinserção”. Na mesma linha, uma aplicação prática do uso da CIF como critério para avaliar as condições de saúde dos trabalhadores e identificar fatores facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho é apresentada por Tolrá e cols.. As autoras apontam a importância do acolhimento e do suporte dos profissionais de saúde como facilitadores e, como principais obstáculos, a ausência de programas adequados de reabilitação profissional e a desarticulação dos diversos atores sociais envolvidos. Uma nota técnica de Nubila ao final do dossiê esclarece sobre a CIF e as potencialidades de seu uso.

O artigo de Mendes e Lancman apresenta uma abordagem integrativa para o tratamento dos acometidos de LER/DORT, na qual se associou um grupo de apoio à cinesioterapia, promovendo um espaço onde os “pacientes puderam expressar e compartilhar seus problemas e sentimentos”. Os resultados da experiência, mesmo com as limitações de número de sessões e do tamanho reduzido dos grupos, reforçam o pressuposto de que as vivências grupais permitem ao trabalhador transformar percepções individuais em percepções coletivas. Ao conhecerem outras experiências semelhantes, os participantes, além de se identificarem com os outros trabalhadores, reconhecem o seu adoecimento como um processo decorrente do próprio trabalho e compreendem que sua situação não é única, passando a se reorganizarem individualmente a partir do pertencimento grupal.

Livramento e cols. contribuem com uma reflexão interdisciplinar, propondo uma integração da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) com a Atenção em Saúde do Trabalhador, mais especificamente para potencializar as possibilidades de prevenção, tratamento e reabilitação da LER/DORT a partir da terapia do Qi Gong. Mostra que a MTC, numa visão holística do indivíduo, permite uma abordagem mais global do processo de adoecimento que favorece a recuperação e a reabilitação do trabalhador.

Muitos dos artigos deste dossiê tratam da LER/DORT, uma síndrome que é estritamente relacionada ao trabalho e é prevalente em trabalhadores de diversos ramos de atividades, como lembra o artigo de Livramento e cols.. A dor e as limitações funcionais podem estar presentes no exercício de atividades, mesmo naquelas consideradas leves ou não relacionadas com linhas de produção. É o caso dos músicos, como ilustrado pelo artigo apresentado por Oliveira e Vezzà. “Os resultados [de seu estudo] indicam que, para os músicos, a dor *faz parte do negócio*”. A saúde desses profissionais, assim como de outros trabalhadores, que continuam em suas atividades apesar da dor e das limitações funcionais, não é uma questão que pode ser resolvida apenas com conscientização corporal e conhecimento da etiologia ocupacional. A compreensão da interligação de vários fatores de ordem biológica, psicológica, social e do ambiente físico é que vai trazer a possibilidade de prevenir os agravos e intervir para a promoção de saúde do trabalhador como indivíduo.

Para que os trabalhadores mantenham-se no controle de suas condições de saúde, além da busca de uma intervenção de prevenção primária, é imprescindível discutir as relações sociais de emprego e as políticas públicas de inclusão de pessoas com incapacidades. As medidas de proteção social relativas à inclusão dos trabalhadores reabilitados e das pessoas com deficiência estão estabelecidas pela lei que trata dos benefícios da Previdência Social. A lei nº 8.213, de dezembro de 1991, refere-se às cotas de emprego a ambos os segmentos. O artigo de Vasconcelos mostra a complexidade da prática de inclusão social através de falas de trabalhadores deficientes de Salvador, Bahia, identificando os mitos e os estigmas sociais associados a sua implementação. O artigo de Maeno e Wunsch versa sobre a realidade oposta, a de exclusão social e econômica, retratada na experiência de algumas trabalhadoras do ramo eletroeletrônico de São Paulo acometidas por LER/DORT ao longo de vários anos. Os autores analisam as dificuldades de reinserção profissional desses trabalhadores após demissão pela empresa e constata a ineficácia da política estatal de reabilitação profissional. As entrevistas foram realizadas já há algum tempo, mas a questão permanece e os dados refletem-se na atualidade.

Os artigos aqui apresentados reafirmam que é a sociedade, com suas formas de organizar a produção e o trabalho, permitidas ou não, que vai imprimir, nas relações sociais, as atitudes de acolhimento ou discriminação e, nas relações institucionais, as ofertas de modelos de atenção pautados pela proteção social ou pela segmentação da desvantagem e da exclusão. As propostas exitosas, assim como as propostas de mudança, podem servir de referência para atuação dos profissionais de saúde e reabilitação, assim como subsidiar o planejamento de ações e o desenvolvimento de competências na gestão de políticas públicas da Saúde do Trabalhador, da Previdência Social e do Trabalho.

E, finalmente, completando a dinâmica de contribuição, tais experiências, quando socializadas e apropriadas pelos usuários e suas instâncias de controle social, podem produzir o *empowerment* (empoderamento) que legitima e garante a efetividade das intervenções e a permanência dos serviços.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 jan. 2006.

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de 2007*. 2007. Disponível em: <www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2009.

MOOM, W.; GEICKER, O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and work*. Encyclopedia of

occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.

Rosé Colom Toldrá¹
Maria Teresa Bruni Daldon²
Maria da Conceição dos Santos³
Selma Lancman⁴

Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil

Facilitating factors and barriers for returning to work – the experience of workers treated at a Workers' Health Reference Center in São Paulo, Brazil

¹ Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho.

² Terapeuta Ocupacional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Freguesia do Ó, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

³ Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo e Terapeuta Ocupacional do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁴ Professora Titular do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Coordenadora do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho.

Contato:

Professora Doutora Rosé Colom Toldrá
Rua Cipotânea, nº 51 – Cidade Universitária.

Cep: 05360-160 – São Paulo – SP

E-mail:

rosetoldra@usp.br

Recebido: 30/06/2009

Revisado: 01/03/2010

Aprovado: 15/03/2010

Resumo

Os trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais têm vivenciado muitas dificuldades para retornar ao trabalho devido às limitações funcionais e aos obstáculos vivenciados junto às empresas, à previdência social e aos serviços de saúde. Restrição laboral e retorno ao trabalho são aspectos dos mais complexos nas políticas de atenção à saúde do trabalhador. Visando identificar os facilitadores e as barreiras para o retorno ao trabalho de trabalhadores com longo período de permanência e sem resolutividade no serviço, em 2008, realizou-se um estudo exploratório, de natureza empírica, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de estudo documental de 10 prontuários de trabalhadores acompanhados em grupo pela terapia ocupacional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da cidade de São Paulo. A organização e a análise dos dados foram realizadas segundo os componentes da CIF. O uso da CIF favoreceu ampliar a visão das condições de saúde dos trabalhadores e compreender a influência de serviços, sistemas e políticas nas diferentes áreas. As principais barreiras ao retorno ao trabalho foram: ausência de adequados programas de reabilitação profissional e insuficiente comunicação entre os atores dos diferentes níveis administrativos e políticos. Os principais facilitadores foram as atitudes e os comportamentos individuais dos profissionais de saúde do CRST, que forneceram acolhimento e suporte.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; retorno ao trabalho; reabilitação profissional; barreiras e facilitadores; terapia ocupacional.

Abstract

After being affected by occupational diseases, workers face difficulties to return to work due to their functional limitations and obstacles presented by employers, social welfare and health services. Labor restrictions and return to work are complex aspects within worker's health policies. The purpose of this qualitative exploratory study conducted in the second half of 2008 was to identify the facilitating factors and the barriers for returning to work of workers with long unsuccessful treatment. It was based on the documental analysis of 10 clinical records of participants in a occupational therapy group at a Worker's Health Reference Center (CRST) in the city of São Paulo. Data were organized and analyzed according to ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) components. Working within ICF framework widened our views on workers' health conditions and helped us understand the influence of services, systems, and policies in different areas. Main barriers for returning to work were the lack of adequate occupational rehabilitation programs and the miscommunication among actors at different administrative and political levels. The main facilitator was the individual attitude and the behavior of the CRST staff, providing holding and support to workers.

Keywords: worker's health; return to work; occupational rehabilitation; barriers and facilitating factors; occupational therapy.

Introdução

Muitas são as dificuldades dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais para retornar ao trabalho, tanto devido às limitações funcionais decorrentes dos adoecimentos, quanto aos obstáculos vivenciados junto às empresas, ao INSS e aos serviços de saúde. O mundo do trabalho tem sofrido intensas mudanças nos últimos anos com a introdução de novas tecnologias, com as mudanças na organização da produção, com o processo de globalização e a nova ordem estabelecida nas relações entre capital e trabalho, abrindo espaço para novas e conflituosas relações de trabalho, que por sua vez originaram novos processos de adoecimento e novas dificuldades para reabilitação, retorno e, sobretudo, permanência no trabalho.

Como consequência, as situações de desemprego, de subemprego e de trabalho informal tornam-se permanentes e estruturais nas sociedades atuais, favorecendo relações de trabalho precárias que terminam por atingir cada vez mais as condições de trabalho e saúde daqueles que permanecem empregados. Esta nova ordem social induz os trabalhadores assalariados a cederem à precarização das condições de trabalho e às perdas de direitos trabalhistas que dela decorrem, deixando aos trabalhadores a escolha entre um mau trabalho ou trabalho nenhum (LANCMAN; GHIRARDI, 2002). Esta lógica de restrições provoca um impacto na subjetividade dos trabalhadores, ou seja, estes passam a conviver em um mundo onde se perdeu uma série de garantias trabalhistas, direitos adquiridos, conquistas que protegiam não só socialmente, mas psicologicamente as pessoas (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Essas transformações provocam um conflito na vida dos indivíduos que são obrigados a conviver com lógicas de mercado extremamente mutantes, criando uma situação de constante instabilidade e ameaças, que é vivenciada como um mal inevitável dos tempos modernos, cuja causalidade é atribuída ao destino, à economia ou, ainda, às relações sistêmicas (DEJOURS, 1999).

O contexto socioeconômico impõe mudanças no perfil epidemiológico das doenças relacionadas ao trabalho, além de exigir um debate renovado acerca da gênese dessas doenças e de sua gravidade, seja em relação ao número crescente de trabalhadores acometidos, ou em relação ao gradativo processo de exclusão que elas tendem a propiciar.

Vale destacar a importância de se compreender a organização do trabalho e os seus reflexos na problemática de adoecimentos e agravos à saúde dos trabalhadores para pensar a intervenção nos ambientes de trabalho, o tratamento clínico e a reabilitação profissional, a readaptação e a reinserção no trabalho, uma vez que o aumento de adoecimento e de invalidez nos trabalhadores é decorrente de um conjunto de fatores, tais como: carga de trabalho, processos de trabalho insalubres e perigosos, uso de equipamentos e tecnologias obsoletas, ambientes de trabalho inóspitos, problemas

relativos à organização do trabalho e às novas formas de divisão do trabalho.

No Brasil, os dados pecuniários do INSS, no ano de 2007, assinalam que 23,38% do auxílio doença previdenciário concedido são de doenças do sistema osteomuscular e dos tecidos conjuntivos e 11,86% são de transtornos mentais e de comportamento. Com relação ao auxílio doença acidentário, no mesmo período, 34,72% são de doenças do sistema osteomuscular e dos tecidos conjuntivos e somente 2,8% são de transtornos mentais e de comportamento. Destaca-se que as informações apresentadas pelo INSS referem-se aos dados pecuniários e não epidemiológicos e, portanto, só contabilizam os trabalhadores cadastrados junto a esse órgão, o que corresponde a cerca de 50% da população economicamente ativa. Em relação aos gastos da Previdência Social, em 2007 (BRASIL, 2008), foram R\$ 5 bilhões em pagamento de auxílios por doença, acidente e aposentadoria.

A restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador. É necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador que deve envolver as empresas no processo de prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção no trabalho.

Para melhor compreender a situação vivida por trabalhadores que possuem longo tempo de afastamento e sem resolutividade em um serviço de saúde, optou-se por utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta. O modelo da CIF foi proposto pela Organização Mundial de Saúde em 2001 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Este modelo faz uma crítica ao modelo médico, centrado na pessoa e na deficiência e propõe um modelo biopsicossocial. No campo da saúde do trabalhador, a CIF permite identificar que as condições sociais, econômicas e políticas observadas nas inúmeras transformações do trabalho são determinantes para as condições de capacidade e incapacidade laborativa.

O objetivo geral da CIF é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde. Propõe um modelo de funcionalidade que abrange as estruturas e as funções do corpo, as atividades e a participação, influenciadas pelos fatores ambientais e pessoais. As funções do corpo são consideradas funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, tais como, mentais e sensoriais, enquanto que as estruturas do corpo são consideradas partes anatômicas: órgãos, membros e seus componentes.

A classificação entende a incapacidade como um fenômeno que envolve limitações de atividades ou restrição na participação em consequência de um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelos fatores ambientais.

A atividade refere-se à execução de tarefas ou ações, e as limitações de desempenho são as dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. Participação é o envolvimento em uma situação de vida e as restrições são as barreiras que uma pessoa pode experimentar nesse envolvimento.

Os fatores ambientais compõem os ambientes: físico, social e de atitudes, nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Os fatores pessoais são as características particulares de um indivíduo e de suas situações de vida, como, por exemplo: gênero, idade, estilo de vida, hábitos, origem social, nível de escolaridade, formação profissional, entre outros.

A funcionalidade abrange todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária e aquelas relativas à participação na sociedade. A incapacidade envolve as consequências negativas de uma doença ou estado de saúde, como: deficiência nas funções e estruturas corporais, limitações no desempenho das atividades e restrições na participação social. Os processos de incapacidade e funcionalidade são considerados como resultantes da interação de uma condição de saúde com os fatores do contexto.

Assim, o presente estudo visou, por meio do uso da CIF, identificar os facilitadores e as barreiras para a reinserção no trabalho de trabalhadores, acompanhados em grupo pela terapia ocupacional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), com um longo período de afastamento sem resolutividade e contribuir com o uso desta ferramenta para o levantamento e a compreensão das demandas dos trabalhadores.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza empírica, com abordagem qualitativa desenvolvida a partir de um estudo documental de prontuários de trabalhadores que foram acompanhados em um CRST na cidade de São Paulo.

O estudo documental analisou os registros dos prontuários de trabalhadores atendidos em grupo pela terapia ocupacional, no segundo semestre de 2008, que visava auxiliar a transição entre os longos períodos de afastamento, potencializar o retorno e a reinserção no trabalho. O critério de escolha deste grupo foi o longo tempo de permanência de seus integrantes no CRST sem resolutividade. A população do estudo foi constituída por 10 trabalhadores em situação ocupacional como afastados ou desempregados, de ambos os sexos, com idades entre 35 e 55 anos.

Para iniciar o levantamento dos dados nos prontuários criaram-se 8 categorias, *a priori*, baseadas nas temáticas recorrentes que emergiram nos encontros do grupo durante o acompanhamento: (i) dificuldades para o retorno ao trabalho; (ii) expectativas para o retorno ao trabalho; (iii) potencialidades para o trabalho; (iv) fato-

res nocivos à saúde passíveis de transformação; (v) estratégias de enfrentamento; (vi) perspectivas de retorno ao trabalho, formal ou informal; (vii) aspectos positivos do processo de retorno ao trabalho; (viii) aspectos negativos do processo de retorno ao trabalho.

A ordenação das informações coletadas foi distribuída em quadros segundo as categorias da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 22): (i) funções e estruturas do corpo, (ii) atividades e participação, (iii) fatores ambientais e (iv) fatores pessoais (idade, gênero, grau de escolaridade, ocupação). Foi usado o *checklist* da CIF para a codificação em primeiro nível. Para avançar nos demais níveis de codificação foi usada a CIF completa.

As categorias da CIF levantadas no estudo foram identificadas por estruturas “s” (*structure*), as funções por “b” (*body function*), as atividades e a participação por “d” (*domain*) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) por “e” (*environment*), segundo a classificação.

Resultados

Nos resultados do estudo são apresentados os domínios e os componentes da CIF mais relevantes para descrever a experiência de saúde destes trabalhadores. Dos dados disponíveis nos prontuários, foi possível a codificação até o segundo nível.

Conforme o **Quadro 1**, consideraram-se os dados pessoais que melhor indicavam as repercussões nas condições de vida dos trabalhadores.

Dentre os trabalhadores do grupo, 6 são do sexo masculino e 4, do sexo feminino, com idade que variou de 35 a 55 anos, com baixa escolaridade, sendo a sua maior parte com 1º grau incompleto e sem formação profissional qualificada.

Quanto ao ramo de atividade de origem, predominaram aquelas relacionadas aos esforços físicos e à repetição de movimentos. Quanto à situação ocupacional dos trabalhadores, 5 estavam em situação de desemprego, 5 estavam com afastamento do trabalho pelo INSS, sendo que 1 retornou ao trabalho em situação considerada favorável, após afastamento, enquanto participava do grupo.

Os trabalhadores estudados apresentaram alterações das estruturas do sistema nervoso central e das relacionadas ao movimento. Em relação às funções do corpo encontraram-se afetadas as funções mentais, sensoriais, a dor e as funções neuromusculares e relacionadas com o movimento. Os qualificadores em relação à gravidade do problema variaram de grave (50%-95%) a um problema completo (96%-100%), conforme escala negativa proposta pela CIF para indicar a extensão ou a magnitude de uma deficiência.

As afecções das funções mentais aliadas às alterações das funções neuromusculares e relacionadas ao movimento e à função da dor (**Tabela 1**) revelaram que os acometimentos são múltiplos.

Quadro 1 Componentes e domínios da CIF segundo os fatores pessoais, a situação ocupacional e pecuniária e a condição de saúde dos trabalhadores dos participantes do estudo do CRST-SP, 2009

	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Formação profissional</i>	<i>Ramo de atividade</i>	<i>Situação ocupacional</i>	<i>Benefício recebido*</i>	<i>Situação do benefício</i>	<i>Tempo de afastam. (meses)</i>	<i>CID 10**</i>
1	M	49	1º grau inc.	Nenhuma	Cortador de árvore	Desempregado	B-91 B-31	Cessado	68	S33.5, M99.8, M79.8, M79.1, M77.1, M51, M51.2, M51.8, R25.2
2	M	49	1º grau inc.	Nenhuma	Padeiro	Afastado	B-91	Cessado	43	M17, M23.5, M23.6, M25.4, M25.8, M51, M51.8, M79.41, S83.2, S83.5, M85.6, M94, M99.8
3	F	41	1º grau inc.	Nenhuma	Costureira	Desempregado	B-31	Cessado	60	M51, M79.1
4	M	35	1º grau inc.	Nenhuma	Ajudante geral em construção civil	Afastado	B-91	Cessado	27	M19.1, M43.1, M51.1, M51.2, M54.5, M54.4, M65.5, M79.1
5	M	55	1º grau inc.	Nenhuma	Ajudante de expedição	Desempregado	B-31	Ativo	33	M51.8, M79.1
6	F	44	2º grau comp.	Curso técnico auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Desempregado	B-31	Cessado	31	M48.9, M51.8, M79,
7	M	38	1º grau inc.	Nenhuma	Alimentador de linha de produção	Afastado	B-31 B-91	Ativo	28	M48.0, M51.8, M79.1, M99.5
8	M	50	2º grau comp.	Nenhuma	Digitador	Afastado	B-91	Ativo	84	M51.8, M65.8, M79.1, E56.0 F32.11, F33.2, F34.1, F43
9	F	45	1º grau inc.	Nenhuma	Auxiliar de limpeza	Trabalhando	B-31	Cessado	8	M17, M19, M51.8, M54.5, M79.0, M79.1
10	F	45	1º grau inc.	Nenhuma	Linha de produção - montagem de rádios	Desempregado	B-31	Cessado	76	M51, M67.0, M70.8, M75.1, M75.5, M79.1, F32, F43

* Benefício recebido: B31= Doença comum, B91= Doença Ocupacional ou Acidente de Trabalho

** CID 10 = códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão

Tabela 1 Componentes e domínios da CIF segundo as funções e as estruturas do corpo afetadas nos trabalhadores participantes do estudo do CRST-SP, 2009

<i>Componentes e domínios da CIF</i>			<i>N</i>
<i>Estruturas do corpo</i>			
<i>Estruturas do sistema nervoso</i>			
s 120	Medula espinhal e estruturas relacionadas		2/10
<i>Estruturas relacionadas ao movimento</i>			
s710	Estrutura da região da cabeça e do pescoço		4/10
s720	Estrutura da região do ombro		7/10
s730	Estrutura do membro superior		7/10
s740	Estrutura da região pélvica		4/10
s750	Estrutura do membro inferior		5/10
s760	Estrutura do tronco		7/10
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento		10/10
<i>Funções do corpo</i>			
<i>Funções mentais</i>			
<i>Funções mentais globais</i>			
b126	Funções do temperamento e da personalidade	Estabilidade psíquica, disposição para viver novas experiências, otimismo, confiança, confiabilidade.	10/10
b130	Funções da energia e dos impulsos	Funções mentais que produzem vigor e força e que produzem os incentivos para agir; a força motriz consciente ou inconsciente para a ação.	8/10
b134	Funções do sono	Qualidade do sono.	10/10
<i>Funções mentais específicas</i>			
b140	Funções da atenção	Manutenção da atenção.	1/10
b152	Funções emocionais	Relacionadas ao sentimento e aos componentes afetivos dos processos mentais.	3/10
<i>Funções sensoriais e dor</i>			
<i>Dor</i>			
b280	Sensação de dor	Sensações de dor generalizada ou localizada em uma ou em mais partes do corpo, dor em um dermatomo, dor aguda, dor em queimação, dor imprecisa, dor contínua e localizada; deficiências; como mialgia, analgesia e hiperalgesia.	10/10
<i>Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento</i>			
<i>Funções das articulações e dos ossos</i>			
b710	Funções relacionadas à mobilidade das articulações	Funções relacionadas à amplitude e facilidade de movimento de uma articulação.	6/10
b715	Funções relacionadas à estabilidade das articulações	Funções de manutenção da integridade estrutural das articulações.	1/10
<i>Funções musculares</i>			
b730	Funções relacionadas à força muscular	Funções relacionadas à força gerada pela contração de músculo ou de grupos musculares.	10/10
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular	Funções relacionadas à tensão presente nos músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente.	3/10
b740	Funções da resistência muscular	Funções relacionadas à sustentação da contração muscular pelo período de tempo necessário.	6/10

As condições de saúde apresentadas pelos trabalhadores, diagnosticadas segundo a CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997), de acordo com o **Quadro 1**, deveram-se a transtornos de discos intervertebrais, transtornos dos tecidos moles relacionados ao uso excessivo e pressão, mialgias, cervicobraquialgias, lombociatalgias, lesões em ombro, transtornos internos dos joelhos, sinovites e tenossinovites, confirmando a tendência de predomínio das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), e corresponderam às alterações das

estruturas e das funções do corpo relacionadas ao movimento. Além das DORT, estavam presentes nos trabalhadores diferentes alterações de funções mentais, conforme descritas pela CIF, das quais se destacaram: as funções de temperamento e personalidade, as funções de energia e impulso, as funções do sono, as funções de atenção e as funções emocionais (**Tabela 1**).

As atividades e a participação que se encontraram limitadas para os trabalhadores em função das consequências das doenças relacionadas ao trabalho (**Tabela 2**) ti-

Tabela 2 Componentes e domínios da CIF, segundo as atividades e a participação nas áreas da vida afetadas nos trabalhadores participantes do estudo do CRST-SP, 2009

<i>Componentes e domínios da CIF</i>		<i>N</i>
Mobilidade		
<i>Carregar, mover e manusear objetos</i>		
d430	Levantar e carregar objetos	10/10
d440	Uso fino da mão	2/10
<i>Andar e mover-se</i>		
d450	Andar	5/10
<i>Deslocar-se utilizando transporte</i>		
d470	Utilização de transporte	9/10
d475	Dirigir	4/10
Cuidado Pessoal		
d520	Cuidado das partes do corpo	2/10
d540	Vestir-se	1/10
Vida doméstica		
<i>Aquisição do necessário para viver</i>		
d620	Aquisição de bens e serviços	7/10
<i>Tarefas domésticas</i>		
d630	Preparação de refeições	2/10
d640	Realização das tarefas domésticas	6/10
<i>Cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros</i>		
d6-60	Ajudar os outros	1/10
<i>Relacionamentos interpessoais particulares</i>		
d770	Relações íntimas	2/10
Áreas principais da vida		
<i>Educação</i>		
d820	Educação escolar	5/10
d830	Educação de nível superior	2/10
<i>Trabalho e emprego</i>		
d850	Trabalho remunerado	9/10
<i>Vida econômica</i>		
d870	Autosuficiência econômica	9/10
Vida comunitária, social e cívica		
d920	Recreação e lazer	9/10
d940	Direitos humanos	10/10

veram reflexo na realização das atividades, o que comprometeu a participação da pessoa nas esferas familiar, social e de trabalho.

Nas atividades, destacaram-se mais especificamente as relacionadas com a mobilidade, presentes em diferentes ações e tarefas e que podem dificultar ou inviabilizar uma jornada de trabalho de oito horas, visto que a maioria dos trabalhadores exercia atividades que exigiam esforço físico elevado, repetição de movimentos, manutenção de posturas antinaturais e ritmo intenso/ acelerado com exigência de produção.

As atividades da rotina de vida doméstica, familiar, trabalho e lazer ficaram influenciadas pelas alterações nas estruturas e nas funções do corpo da maioria dos trabalhadores e levaram a restrições na participação nas principais áreas da vida. A inter-relação entre as áreas principais da vida (educação, trabalho e emprego) e a

vida econômica, com os aspectos pessoais, apontaram que a baixa escolaridade e a falta de preparo profissional da maioria dos trabalhadores, somada às limitações funcionais decorrentes da doença, impõem uma realidade não promissora para o retorno ao trabalho e, consequentemente, para a autosuficiência econômica.

Para complementar o espectro dos componentes da CIF nos fatores ambientais (**Tabela 3**), foram consideradas as barreiras e os facilitadores para a capacidade laborativa e o desempenho no retorno ao trabalho dos participantes do estudo. Para tanto, foi utilizada a escala negativa e positiva proposta pela CIF, que denota o impacto de um fator ambiental como obstáculo ou facilitador, alcançando, neste estudo, qualificadores entre moderado (25%-49%) a completo (96%-100%) para as barreiras e de moderado (25%-49%) a considerável (50%-95%) para os facilitadores.

Tabela 3 Componentes e domínios da CIF, segundo os fatores ambientais, caracterizados como facilitadores e como barreiras para os trabalhadores participantes do estudo do CRST-SP, 2009

<i>Fatores Ambientais</i>		<i>Facilitadores</i>	<i>Barreiras</i>
		<i>N</i>	<i>N</i>
<i>Produtos e tecnologias</i>			
e135	Produtos e tecnologias para o trabalho		10/10
<i>Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem</i>			
e225	Clima		1/10
<i>Apoio e relacionamentos</i>			
e310	Família imediata	1/10	3/10
e320	Amigos	1/10	1/10
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	2/10	3/10
e330	Pessoas em posição de autoridade	2/10	4/10
e340	Cuidadores e assistentes pessoais		1/10
e355	Profissionais da saúde	7/10	3/10
e360	Outros profissionais		10/10
<i>Atitudes</i>			
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata		2/10
e420	Atitudes individuais dos amigos	1/10	2/10
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde	6/10	6/10
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde*		10/10
e460	Atitudes sociais	1/10	2/10
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	1/10	1/10
<i>Serviços, sistemas e políticas</i>			
e525	Serviços, sistemas e políticas de habitação	1/10	3/10
e540	Serviços, sistemas e políticas de transportes		1/10
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	1/10	8/10
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	1/10	3/10
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	2/10	5/10
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	1/10	7/10
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	1/10	8/10

As condições de trabalho referentes aos produtos e às tecnologias para o trabalho (gerais e de assistência) foram classificadas como *barreiras* em todos os casos, bem como quanto aos apoios e relacionamentos destacaram-se aqueles relativos aos profissionais do INSS também classificados como *barreiras*. Quanto aos facilitadores, os apoios e os relacionamentos de profissionais da saúde, bem como as atitudes individuais de profissionais da saúde foram os que obtiveram a maior frequência dentre os facilitadores destacados pelos trabalhadores.

Os tratamentos/acompanhamentos dos participantes do estudo foram realizados em diferentes serviços, em geral na área de Fisioterapia e Medicina, e no CRST em atendimentos multiprofissionais. No entanto, apesar de alguns referirem melhoras dos sintomas, a maioria manteve a maior parte das queixas iniciais e a incapacidade para desempenhar as mesmas atividades exercidas antes do acidente ou do início da doença.

O longo período de afastamento dos trabalhadores (84 meses a 8 meses, média de 45,8), de tratamento (96 a 8 meses, média 49,8) e a demora no encaminhamento para a reabilitação profissional, de até 54 meses, bem como o não encaminhamento de outros denotam uma falha de interlocução e de diretrizes entre serviços, sistemas e políticas da previdência social, 8/10; de saúde, 5/10; de suporte social geral, 3/10; de educação e treinamento, 7/10; e de trabalho e emprego 8/10, classificados como barreiras.

Discussão

O modelo da CIF, ao relacionar estruturas e funções do corpo com atividade, participação e contextos ambientais, permite aos profissionais de saúde e de gestão de serviços uma visão ampliada das condições de saúde dos trabalhadores, que pode ser útil na condução de serviços, sistemas e políticas das diferentes áreas.

A CIF enquanto instrumento de uso na prática dos profissionais pode ser benéfica para a descrição dos fenômenos (CHANÁ; ALBUQUERQUE, 2006), pois proporciona bases para a criação de modelos explicativos e valoriza os diferentes aspectos do processo (VÁZQUEZ-BARQUERO et al., 2001). Permite ainda uma abordagem terapêutica mais abrangente, contribuindo na qualidade e na individualidade da atenção, como também na descrição e na classificação de todo o processo saúde-doença (SAMPAIO et al., 2005). A classificação fornece elementos para avaliações mais objetivas, que podem auxiliar tanto na criação de evidências entre os processos de adocimento no trabalho, quanto na avaliação de restrições laborais e potencialidades de retorno ao trabalho. Colabora também como indicador para as demandas e as ações de reabilitação do afastamento crônico do trabalho.

No estudo, verificou-se que as alterações nas funções e nas estruturas do corpo levaram a incapacidades nas atividades de mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica e nas áreas principais de vida em decorrên-

cia dos acometimentos gerados e/ou agravados pelo trabalho. As áreas principais da vida (educação, trabalho e emprego, vida econômica e vida comunitária, social e cívica) ficaram profundamente afetadas nestes trabalhadores devido ao afastamento prolongado ou à perda do emprego, sendo agravadas pela falta de acesso a programas de melhoria de escolaridade, treinamento e (re)capacitação profissional. Estas condições afetaram a capacidade de manter o emprego atual ou de conseguir um novo, o que repercutiu negativamente na participação social, denotando o desrespeito com os direitos destes trabalhadores como cidadãos.

A trajetória do grupo de trabalhadores mostrou que a procura tardia pelo tratamento, muitas vezes ocasionada pelo medo de perder o emprego ou até pela dificuldade de acesso ao tratamento adequado, conduz, em geral, ao agravamento, à cronificação e ao tratamento tardio, também, encontrado em outros estudos (TOLDRÁ, 1997). Esta situação é seguida de tratamentos sintomáticos, paliativos, iniciados na empresa sem a modificação das condições de trabalho.

A situação destes trabalhadores mostrou um percurso de sofrimento, frustração e baixa resolutividade dos problemas de saúde e de reabilitação profissional e colocou em evidência a necessidade de ações preventivas nos ambientes do trabalho, bem como a necessidade de repensar o retorno ao trabalho sem comprometer ainda mais a saúde, evitando o desemprego e a onerosidade ao sistema previdenciário.

O decreto nº 4.729, de 9/06/2003 (BRASIL, 2003), assinala que aos segurados elegíveis para o programa de reabilitação profissional deve-se assegurar a articulação com a comunidade, inclusive mediante a celebração de convênio para a reabilitação física.

A demora no encaminhamento da perícia médica para a reabilitação profissional de 6/10 trabalhadores e o não encaminhamento de 4/10 denota a desarticulação entre os diferentes setores (da saúde e da previdência-reabilitação profissional). Esta constatação reafirma o não cumprimento do decreto com vistas ao reingresso no mercado de trabalho, o que contribuiu para a cronificação das condições destes trabalhadores, dificultando seu retorno e os levando a exclusão.

A situação vivenciada pelos trabalhadores contradiz o que enuncia o decreto, que segue a Previdência ampliaria o alcance e as ações através de parcerias e da diversificação do atendimento, procurando envolver a comunidade no processo de reintegração do reabilitado no mercado de trabalho através da revitalização do "Programa Reabilita". Os profissionais deste programa limitam-se aos profissionais médicos peritos e a um orientador profissional (OP) de formação em áreas da saúde ou humanas. Cabe ao perito centralizar a avaliação do potencial laborativo do segurado e ao OP, algumas ações de formação de rede. Este modelo deu margem a inúmeras críticas, principalmente no que se refere à diluição das equipes multiprofissionais e à inespecificidade profissional dos OPs (MAENO, 2001; TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Estudos indicam que ações de reabilitação e de retorno

ao trabalho desenvolvido por equipes profissionais, sob a perspectiva de diferentes saberes técnicos científicos, tiveram resultados positivos (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003; SAMPAIO et al., 2005).

Nos casos estudados, o programa de reabilitação profissional vigente demonstrou falta de efetividade. Os trabalhadores que passaram pela reabilitação profissional, no entanto, não tiveram a experiência de realização de cursos para a (re)capacitação profissional e, tampouco, ocorreram negociações/intermediações do INSS com a empresa para a reintegração destes. Houve apenas o envio de ofícios relatando a incapacidade e solicitando a readaptação com ausência de ações presenciais.

A lei nº 8.213, de 24/07/1991, art. 89 (BRASIL, 1991b), prevê que a habilitação e a reabilitação profissional e social devem proporcionar ao beneficiário os meios para a (re)educação e a (re)adaptação profissional e social, o que não foi constatado nos casos dos trabalhadores do estudo. Bernardo (2006), em pesquisa realizada em uma agência da previdência social em Belo Horizonte, relata que os beneficiários avaliaram que os cursos realizados pelo INSS não os reabilitava e, inclusive, alguns se mostraram inadequados às sequelas apresentadas. Isto apontou que a reabilitação profissional dever ser repensada a partir do interesse e da capacidade laborativa dos trabalhadores.

A carência de recursos materiais e humanos nos serviços do INSS e nos serviços de saúde, assim como a falta de integração dos diferentes serviços, sistemas e políticas das diferentes áreas, criam barreiras para as mudanças das condições de trabalho que causam adoecimento e para a assistência à saúde e de reabilitação profissional, mostrando a contradição entre a legislação e a realidade.

O afastamento do trabalho por tempo prolongado, segundo alguns autores (tempo acima de 3 meses) (LOISEL et al., 1994; ARNETZ et al., 2003; SHAW et al., 2009), torna-se preditivo de dificultadores para o retorno ao trabalho, principalmente devido ao impacto psíquico do afastamento e do retorno, quando esses implicam em mudanças de posto de trabalho, de função e de *status* (SCOPEL, 2005).

No presente estudo, o tempo de afastamento médio foi de 45,8 meses (**Quadro 1**), configurando-se em mais um aspecto de impacto para a falta de resolutividade dos casos. Este é um dado de extrema importância a ser considerado nos serviços e nos programas de atenção à saúde do trabalhador, cuja meta deve ser de minimizar as barreiras para um retorno precoce ao trabalho, quer sejam estas de ordem diagnóstico-assistencial, quer sejam das políticas previdenciárias ou, ainda, de gestão de recursos humanos das empresas. Estas ações devem favorecer o retorno terapêutico e precoce ao trabalho.

De maneira geral, quando os trabalhadores retornam ao trabalho são, por vezes, lotados em funções incompatíveis com o seu quadro clínico-funcional e/ou com a sua formação e qualificação, ou são simplesmente deixados à margem do processo produtivo, ou “encostados”, reforçando, às vezes, experiências de fracasso vivenciadas pelos trabalhadores do estudo.

Os trabalhadores do presente estudo manifestaram descrédito em si mesmos e na empresa à qual dedicaram sua força de trabalho, vivenciando o impasse entre o desejo de ter saúde e de viver sem limitações com o medo de retornar a se submeter àquilo que os fez adoecer.

Tendo em vista estas experiências, os participantes do estudo manifestaram receio em retornar às situações de trabalho que provocaram a doença, além de incerteza e ansiedade pela dificuldade de vislumbrar mudanças nas perspectivas de vida. Os mesmos revelaram sofrimento tanto físico, quanto psíquico, gerado pelas condições e relações no trabalho, pela incapacidade para trabalhar decorrente de doenças e sequelas. Assim, a incapacidade transcende o aspecto corporal/individual e afeta, conforme Takahashi e Canesqui (2003), a dimensão social/relacional e psíquica.

Parte das empresas optou pelo desligamento do trabalhador, ora pelo desinteresse e pela falta de proposta de reinserção do trabalhador com restrição laboral, ora pela racionalidade econômica que provocava uma série de dilemas e dificuldades para esta reinserção.

Segundo Vasconcelos e Oliveira (2004), grande parte dos trabalhadores tem no trabalho o único elo social fora do convívio familiar, assim, quando o trabalhador encontra-se fora do seu meio de trabalho, pode haver consequências para a sua saúde mental, pelo significado e reconhecimento social do mesmo e, por conseguinte, a sua falta pode levar à desvalorização social. O sentimento de impotência provoca um alto nível de sofrimento, que é vivenciado pelo trabalhador através de dores físicas e psíquicas (MENEZES, 2007).

Os achados corroboram os dados dos autores acima, que apontam que o trabalho possui uma função psíquica. Segundo Sznelwar et al. (2004), o trabalho é um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados, uma vez que processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão vinculados à constituição da identidade e da subjetividade. E o contrário, a ofensa, a suspeita, a desqualificação da incapacidade, a violência e a injustiça interferem de forma negativa na identidade pessoal e social do trabalhador (BERNARDO, 2006).

Estes elementos se sobressaíram no estudo quando se verificaram que os comprometimentos manifestados referentes às funções mentais globais e específicas acompanharam as alterações nas funções sensoriais de dor e nas funções neuromusculoesqueléticas, conforme demonstra a **Tabela 2**, bem como os fatores contextuais referentes ao ambiente: apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas, de acordo com a **Tabela 3**.

Desta forma, as pessoas que passam por longos períodos de afastamentos do trabalho ou os desempregados de longa duração possuem dificuldades de estabelecer projetos para seu futuro e perdem relações de pertinência não somente nos ambientes de trabalho, mas também muitas vezes na sua vida privada.

Neste sentido, Seligmann-Silva (1994) coloca que o sofrimento físico, o sofrimento social e o sofrimento mental são indissociáveis e estão intimamente relacionados com a psicopatologia do desemprego.

A condição de retorno ao trabalho pode provocar nos trabalhadores um sentimento de frustração ou de penalização pelo adoecimento do qual foram vítimas e um processo de exclusão tardia, demonstrando, como pode ser entendido pelo modelo multidirecional e multidimensional da CIF, que as funções mentais podem ser afetadas pelas dificuldades em viver novas experiências, pela falta de otimismo, de confiança, de motivação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) e de resistência para enfrentar as diversidades das exigências do trabalho, criando, assim, barreiras.

Estudos mostram que os apoios e os relacionamentos, compreendidos na CIF como fatores ambientais, são colocados como aspectos facilitadores para o retorno ao trabalho. Considera-se que a relação dos profissionais da equipe com as chefias dos trabalhadores, a aceitação e o apoio dos colegas de trabalho, bem como da família, são considerados como fatores essenciais para o processo de reinserção no trabalho (SAMPAIO et al., 2005; WATANABE, 2004; GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003). No presente estudo, constatou-se que a única trabalhadora que retornou ao trabalho relatou compreensão da chefia e de seus colegas em relação às restrições laborais e que, com o apoio recebido, voltou inclusive a estudar.

As barreiras que apareceram como mais significativas para o processo de reabilitação e de retorno ao trabalho foram relativas às atitudes, ao apoio e aos relacionamentos dos profissionais do INSS e dos profissionais de saúde, que reforçavam as incapacidades, mostrando a contradição de serviços, sistemas e políticas. Estes, por sua vez, tornavam-se barreiras para que os trabalhadores pudessem acessar os seus direitos, a manutenção do estado de saúde, de condições de trabalho e de subsistência, de educação e treinamento.

No entanto, não se pode deixar de considerar que outros autores (LIMA et al., 2008) apontam que, dentre os diferentes componentes que fazem parte da CIF, o componente “fatores ambientais” é considerado o mais limitado para a descrição das barreiras e dos facilitadores relativos ao contexto do trabalho, pois não é suficiente para descrever as condições de trabalho que levam ao desenvolvimento e ao agravamento das DORT.

No presente estudo, os fatores ambientais considerados foram: apoio e relacionamento, atitudes, serviços, sistemas e políticas, que possibilitaram identificar aspectos relevantes para a descrição e a compreensão das variáveis pesquisadas. Não foi contemplado, no presente estudo, os demais elementos (produtos e tecnologia; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano), dadas as características da pesquisa realizada.

Relatos destacaram que o melhor momento do dia para o trabalhador era quando este se encontrava no Serviço de Saúde, pelo acolhimento e o sentimento de

pertencimento advindos das possibilidades de conversar de igual para igual nos grupos de tratamento, tais como grupos de LER/DORT, raquialgia, Liang Gong, dores crônicas, biodança, e nas trocas ocorridas na sala de espera. Assim, o CRST era visto como um elemento facilitador para o enfrentamento do processo de exclusão vivido pelos mesmos, tendo em vista que a atitude profissional não discriminadora de escuta e de cuidado foi identificada pelos trabalhadores como positiva.

Os trabalhadores, além da perda da saúde, do cargo na empresa e, por vezes, do emprego, única fonte de renda, conviviam com outras perdas: da identidade profissional, dos vínculos com colegas de trabalho, do *status* de trabalhador e das perspectivas de vida.

Conseguir um novo emprego para os trabalhadores do estudo não lhes parecia possível diante do reconhecimento de suas limitações funcionais, da desqualificação profissional e do baixo grau de escolaridade. Desta forma, restava-lhes tentar garantir a sobrevivência através dos chamados “bicos”, abrir comércio com familiares, vender salgados, bordar e conseguir prorrogar o recebimento do benefício por afastamento do trabalho ou alcançar a sonhada aposentadoria por invalidez.

Com a interrupção da perspectiva profissional na ocupação original, a reabilitação e a adaptação para um novo cotidiano têm se dado à custa de apoio da rede familiar. O apoio das redes sociais para reinserção no trabalho vem sendo considerado um elemento importante, quer seja no campo do trabalho formal, seja no informal (MAENO, 2001; AZEVEDO et al., 1998).

Para uma política de reabilitação profissional, de retorno ao trabalho e permanência no trabalho, propõe-se um conjunto de princípios e diretrizes na perspectiva da política de humanização do SUS (BRASIL, 2006) com ações nos diferentes setores e nas práticas profissionais, na forma de construção coletiva, envolvendo os diferentes sujeitos implicados, os vínculos solidários, a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores, reconhecendo-os como sujeitos e participantes ativos no processo de produção de saúde e de trabalho.

Ao diminuir os fatores nocivos estruturais e organizacionais do trabalho e as suas consequências negativas, está-se contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, para a compreensão dos mecanismos que levam às aposentadorias precoces e à exclusão do trabalho, repercutindo de forma positiva na economia nacional e nos sistemas de saúde e de previdência social.

As ações devem ser voltadas para a transformação de situações de trabalho, sejam elas dirigidas para a prevenção de doenças vinculadas ao trabalho, para o tratamento e/ou reabilitação, ganhando um novo olhar a partir da compreensão de que, se o trabalho é gerador de doenças e sofrimento, qualquer ação que vise a sua transformação ou vise amenizar o sofrimento dos trabalhadores adoecidos ou em risco de adoecimento deve ser pensada a partir de mudanças na relação das pessoas com o seu trabalho, ou seja, com o ato de trabalhar.

Esse processo de retorno ao trabalho deve envolver mudanças na organização do trabalho (como a redução do ritmo de trabalho, o aumento do número de trabalhadores, a modificação do conteúdo das tarefas, a mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica), que, na perspectiva da CIF, correspondem aos fatores ambientais.

Na perspectiva de cuidar e resguardar a saúde do trabalhador, em casos de adoecimento e de retorno ao trabalho, deve-se considerar a compatibilidade das tarefas a serem realizadas e as restrições do trabalho às condições clínicas. Na prática, isso implica em: estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador; adequação do ambiente de trabalho e da organização do trabalho; envolvimento efetivo das empresas (através da equipe de saúde e segurança no trabalho e dos recursos humanos); informação, orientação e apoio das chefias e dos colegas a respeito das restrições do trabalhador e o acompanhamento na realização das tarefas. Vale dizer que o retorno a mesma situação de trabalho ou os casos de mudanças de função sem o respaldo de uma adequada política de readaptação podem levar à piora da sintomatologia e a novos afastamentos.

Cabe mencionar os limites do centro de referência onde se deu o estudo quanto à contribuição no processo de retorno ao trabalho, uma vez que legalmente o papel de (re)adaptação, reabilitação profissional e de negociação é de competência da Previdência Social e, ainda, quanto à necessidade de ampliação das ações dos CRSTs em vigilância em saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho dos usuários atendidos para criar uma melhoria das condições de trabalho. No entanto, observa-se que nem sempre as vigilâncias em saúde do trabalhador contemplam as empresas de origem dos trabalhadores afastados atendidos no serviço, o que impede um processo *continuum* de prevenção e de promoção de saúde nestes locais.

Apesar das limitações de um estudo descritivo e com número restrito de participantes, acredita-se que seus dados permitem refletir sobre as questões que podem ser comuns aos trabalhadores com demandas semelhantes, atendidos em outros serviços de saúde.

Outro limite detectado no estudo foi a ausência de normatização nos registros dos prontuários, o que impossibilitou avançar na codificação da CIF no terceiro e no quarto níveis para a funcionalidade e a incapacidade (parte 1), bem como, na parte 2 (fatores contextuais) avançar nos códigos dos qualificadores.

Referências

ARNETZ, B. B. et al. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 45, n. 5, p. 499-506, May 2003.

Considerações finais

A CIF forneceu, neste estudo, subsídios para uma visão mais abrangente, integral, articulada e sistematizada das informações referentes aos diversos componentes de saúde e funcionalidade humana que afetam a vida dos trabalhadores, sendo úteis para o desenvolvimento de serviços, sistemas e políticas de reabilitação e para o retorno ao trabalho nas diferentes áreas.

Os resultados mostraram que as principais barreiras para o retorno ao trabalho foram a ineficiência do atual programa de reabilitação profissional, os mecanismos de comunicação insuficientes entre os serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias.

Destaca-se que o apoio e os relacionamentos e as atitudes individuais oferecidos pelos profissionais de saúde do CRST foram os principais facilitadores, bem como funcionaram como barreiras à falta de apoio e relacionamentos e às atitudes discriminatórias por parte dos profissionais da Previdência Social.

O estudo mostrou que a precariedade de condições socioeconômicas e de escolaridade dos sujeitos participantes somados aos fatores ambientais dificultaram a (re)educação, a (re)qualificação profissional e a (re)adaptação profissional e social e denunciaram a carência de políticas de valorização da classe trabalhadora.

O longo período de afastamento e de desligamento da rotina do trabalho dá lugar a uma nova rotina, a trajetória de incapacitado para o trabalho, que deve cumprir uma série de compromissos junto aos órgãos de saúde e previdenciários, correndo o sério risco de perpetuação da situação de afastamento e cristalização no papel de doente/segurado.

Nas ações de atenção à saúde do trabalhador, o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho pode melhorar a autoestima e a autoconfiança dos trabalhadores, o que é essencial para a criação de mecanismos positivos de enfrentamento, que refletirão na melhora do desempenho e da funcionalidade.

Ao se garantir condições e ambientes de trabalho adequados, previnem-se o surgimento de novas doenças e a ocorrência de acidentes, ou seja, a construção de uma política de retorno ao trabalho implica em uma política de prevenção de incapacidades.

A articulação eficiente entre os diferentes atores envolvidos, os serviços, os sistemas e as políticas criará condições satisfatórias para o retorno ao trabalho dos trabalhadores em fase de readaptação profissional.

AZEVEDO, J. T. et al. As estratégias de sobrevivência e de busca de emprego adotadas pelos desempregados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 1, p. 15-42, dez. 1998.

BERNARDO, D. L. *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual*. 2006. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social 2007*. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br/aeps2007/16_01_03_01.asp>. Acesso em: 11 nov. 2008.

_____. Decreto N° 4.729 - de 9 de junho de 2003 - DOU de 10/6/2003. Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto n° 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2003/4729.htm>>. Acesso em: 04 maio 2009.

_____. *LEI N° 8.213, de 24 de julho de 1991b* - DOU DE 14/08/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2008.

CHANÁ, P.; ALBUQUERQUE, D. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria*, Santiago, v. 44, n. 2, p. 88-97, jun. 2006.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, set./dez. 2003.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 44-50, maio/ago. 2002.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, São Paulo, v. 6, p. 79-90, dez. 2003.

LIMA, M. A. G. et al. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 229-235, dez. 2008.

LOISEL, P. et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 51, n. 9, p. 597-602, Sept. 1994.

MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com LER no mercado de trabalho*. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MENEZES, A. O desemprego e suas conseqüências biopsicossociais. *Ciente Fico*, Salvador, v. 1, n. 7, 2007. Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/ADM/ADM.MENEZES.F1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.

_____. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

SAMPAIO, R. F. et al. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.

SCOPEL, M. J. *Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT*. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7233/000497098.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SHAW, W. S.; PRANSKY, G.; WINTERS, T. The back disability risk questionnaire for work-related, acute back pain: prediction of unresolved problems at 3-month follow-up. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, United States, v. 51, n. 2, p. 185-194, Feb. 2009.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 45-57, set./dez. 2004.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, set./out. 2003.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.

TOLDRÁ, R. C. Lesões por Esforços Repetitivos: abordagem grupal e corporal. In: CONGRESSO

BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5., 1997, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, Associação Brasileira de Terapia Ocupacional, 997, p.145-149.

VASCONCELOS, Z. B.; OLIVEIRA, I. D. (Org.). *Orientação vocacional: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos*. São Paulo: Vetor, 2004.

VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. et al. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de Discapacidad*

y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos*, v. 10, n. 4, p. 177-184, 2001.

WATANABE, M. A. *reabilitação é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista*. 2004. 206 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo*

Luciane Frizo Mendes¹

Selma Lancman²

Rehabilitation of patients with RSI/WRMD – the contribution of group physical therapy

¹ Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo – SP, Brasil.

² Docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP, Brasil.

*Artigo baseado em tese para obtenção de título de doutor de Luciane Frizo Mendes, intitulada *A contribuição da fisioterapia em grupo na recuperação e reabilitação de pacientes com LER/DORT*, defendida na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, em 2008.

Contato:

Luciane Frizo Mendes

Rua Ribeiro do Amaral, 585 – apto. 106.

CEP: 04268-000, São Paulo, SP.

E-mail:

lucianefrizo@ig.com.br

Resumo

Objetivo: Avaliar os benefícios da associação do tratamento cinesioterapêutico com as dinâmicas de grupo, numa abordagem mais integral do processo saúde-doença, na recuperação e na reabilitação de portadores de LER/DORT em relação à funcionalidade e ao retorno ao trabalho. *Método:* vinte e quatro pacientes diagnosticados com LER/DORT foram distribuídos aleatoriamente em intervenções individuais e grupais, em 2008. O protocolo de cinesioterapia foi o mesmo nas duas intervenções e durou 10 sessões. Após os exercícios, foram abordados aspectos psicossociais importantes para o tratamento. A análise das intervenções ocorreu através da avaliação da funcionalidade pelo Questionário DASH e por uma entrevista semiestruturada para avaliar qualitativamente o impacto dessas intervenções no quadro clínico e na qualidade de vida após o tratamento. *Resultados:* A avaliação da funcionalidade identificou que em nenhuma das intervenções houve alteração das funções dos membros superiores. Na análise das entrevistas, observou-se que os participantes relataram uma percepção de melhora do quadro clínico e da funcionalidade em suas vidas, mas que não foi suficiente para assegurar o retorno ao trabalho. *Conclusão:* As reflexões criadas nas duas intervenções permitiram uma abordagem mais global do processo de adoecimento, recuperação e reabilitação do paciente com LER/DORT, mas não foram suficientes para garantir o retorno ao trabalho.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; transtornos traumáticos cumulativos/reabilitação; modalidades de fisioterapia; grupos.

Abstract

Objective: Assess the benefits of associating kinesiotherapeutic treatment to group dynamics in a more integrative approach for the health-illness process of recovering and rehabilitating RSI/WRMD patients, regarding their functionality and return to work. *Method:* In 2008, 24 RSI/WRMD patients were randomly distributed for individual and group interventions. The kinesiotherapeutic protocol was the same for both interventions and took 10 sessions. After the exercises, psychosocial aspects considered important to the treatment of RSI/WRMD patients were addressed individually and in groups. The impact of the interventions on patients' clinical condition and on their quality of life was evaluated by using DASH Questionnaire for patients' functionality and semi-structured interviews. *Results:* The assessment of patients' upper-limb functionality revealed that there was no change in their functional state in none of interventions. The interviews, on the other hand, indicated that the participants improved their clinical condition and functionality, but this improvement was not enough to assure their return to work. *Conclusion:* The possibility of reflection during both types of intervention allowed a more comprehensive approach to deal with RSI/WRMD patients' illness, recovery and rehabilitation processes, but it was not enough to ensure their return to work.

Keywords: occupational health; cumulative trauma disorders/rehabilitation; modalities of physical therapy; groups.

Recebido: 30/06/2009

Revisado: 18/03/2010

Aprovado: 23/03/2010

Introdução

As ações de saúde do trabalhador na rede pública de serviços de saúde estavam inseridas, até a década de 1980, nos Programas de Saúde do Trabalhador. Com a institucionalização do SUS (Sistema Único de Saúde), foram reorganizadas e integradas em Centros de Referência, tornado-se uma estrutura de apoio na rede básica para os problemas de saúde do trabalhador. Esses Centros garantem desde a assistência às ações até atividades em vigilância nas empresas, privilegiando tanto a prevenção de agravos e promoção da saúde, quanto a assistência à saúde dos trabalhadores acometidos por doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

A Lesão por Esforço Repetitivo ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT) é uma das mais importantes causas de afastamento e destaca-se entre as maiores repercussões na saúde do trabalhador decorrentes das transformações do trabalho, principalmente dos novos modelos organizacionais e de gestão (BRASIL, 2001).

Os serviços de referência em saúde do trabalhador de diversas regiões do país recebem uma alta demanda de trabalhadores portadores de LER/DORT, que buscam associar legalmente o diagnóstico com o trabalho, orientações previdenciárias e recursos terapêuticos (SETTIMI et al., 1998).

O tratamento desses trabalhadores não deve considerar apenas aspectos clínicos e deve incluir também uma preparação para o retorno ao trabalho, algumas orientações para a melhor forma de realizar as atividades laborais e a própria modificação do trabalho. Nesse sentido, é necessária a atuação de diversos profissionais, como médicos, engenheiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, ergonomistas, assistentes sociais, dentre outros, para garantir a análise global da problemática (SATO, 2001; SETTIMI et al., 1998).

As atividades em grupos complementando os procedimentos terapêuticos com pacientes com LER/DORT têm sido utilizadas desde o início dos anos 1990 (LIMA; OLIVEIRA, 1995). Elas têm possibilitado que os trabalhadores acometidos saibam lidar de forma mais autônoma com o seu quadro clínico e com as limitações associadas, que eles modifiquem sua forma de trabalhar e de realizar as atividades de vida diária e que também possam amenizar o sofrimento advindo da doença e da culpabilização a eles atribuída pelo adoecimento do qual são vítimas.

As vivências grupais permitem ao trabalhador transformar percepções individuais em percepções coletivas, a partir da identificação de seus próprios processos com os dos outros participantes. Dessa forma, favorecem o estabelecimento de relações do seu próprio adoecimento com o processo de trabalho e facilitam a compreensão de que o processo de adoecimento é mais do que um processo individual e, sim, decorrente do próprio trabalho (SATO et al., 1993).

Apesar dos programas de tratamentos e reabilitação de pacientes com LER/DORT indicarem uma abordagem multidisciplinar, a fisioterapia é muitas vezes o primeiro e único procedimento terapêutico acessível e pode ser uma etapa de longa duração no tratamento desses trabalhadores (ASSUNÇÃO, 2001).

A utilização de recursos físicos é importante para o controle da dor dos pacientes com LER/DORT. Os recursos analgésicos devem ser associados à cinesioterapia para proporcionar a redução do edema e da inflamação, a melhora das condições circulatórias, o relaxamento da musculatura, a amenização da dor e uma potencialização da capacidade funcional destes pacientes (YENG, 1995).

Acredita-se que, no tratamento fisioterapêutico, a abordagem em grupo também poderia potencializar os efeitos dos recursos físicos utilizados, acentuando a melhora do quadro clínico dos pacientes (SIQUEIRA; QUEIROZ, 2001).

A cinesioterapia em grupo faz com que o paciente aprenda a assumir parte da responsabilidade de seu próprio exercício, adquira confiança no tratamento, compreenda a dimensão coletiva do seu adoecimento, rompa com o isolamento, muitas vezes provocado pela doença, e perceba que, ao mesmo tempo em que precisa de ajuda, pode auxiliar outros membros do grupo (GARDINER, 1993; ZIMMERMAN, 1997). Dessa forma, num tratamento fisioterapêutico dos trabalhadores com LER/DORT, se restabeleceria o caráter social do processo de adoecimento, reduzindo o foco no sintoma, tal como é feito nos tratamentos tradicionais.

A participação nos grupos oferece, ainda, maior reconhecimento social, que pode auxiliar o portador de LER/DORT a ficar mais confiante em si, a conviver melhor com sua situação clínica durante o tratamento, com suas limitações, a se preparar melhor para o retorno ao trabalho ou a procurar novas formas de inserção profissional (LIMA; OLIVEIRA, 1995).

O objetivo deste artigo é avaliar os benefícios da associação do tratamento cinesioterapêutico com as dinâmicas de grupo em uma abordagem mais integral do processo saúde-doença no processo de recuperação e reabilitação de pacientes com LER/DORT, em relação à funcionalidade e ao processo de retorno ao trabalho.

Método

Trata-se de um estudo clínico comparando dois tipos de tratamento: a intervenção cinesioterapêutica individual com a intervenção cinesioterapêutica em grupo.

Local e sujeitos

Este estudo foi desenvolvido em 2008, em dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, um localizado no município de Santo André e o outro, no município de São Paulo, no Estado de São Paulo, Brasil.

Os critérios de inclusão dos sujeitos nesta pesquisa foram: trabalhadores (homens e mulheres) que possuíam uma ou múltiplas patologias em membros superiores, com nexos com trabalho estabelecido (diagnóstico clínico de LER/DORT) e com a Comunicação do Acidente de Trabalho emitida, independentemente da situação ocupacional em que se encontravam (empregados, afastados ou desempregados).

Foram selecionados 44 pacientes com diagnóstico clínico de LER/DORT em membros superiores, que aguardavam atendimento fisioterapêutico nestes serviços, caracterizando uma amostra de conveniência. Destes, 24 pacientes concordaram em participar do estudo e foram aleatoriamente distribuídos para os dois tipos de intervenção: tratamento cinesioterapêutico em grupo (n=12) e tratamento cinesioterapêutico individual (n=12).

Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo.

Procedimentos

Os procedimentos realizados nesta pesquisa foram divididos em 3 etapas: avaliação inicial, intervenção individual ou em grupo e uma avaliação final. Estes procedimentos estão explicados nos tópicos a seguir.

Avaliação:

Os pacientes foram avaliados individualmente em uma sessão antes e em outra após o período de tratamento, com os mesmos instrumentos de avaliação.

Um protocolo de avaliação fisioterapêutica em saúde do trabalhador que investiga a história clínica, ocupacional e o comprometimento físico foi utilizado para o acompanhamento desses indivíduos durante todo procedimento de pesquisa e para a caracterização da amostra.

A versão brasileira do questionário DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*) foi utilizada para mensurar o impacto das intervenções no estado funcional dos membros superiores dos pacientes com LER/DORT (ORFALE et al., 2005; CAMARGO et al., 2007). Este questionário contém 30 questões que exploram a funcionalidade e os sintomas em membros superiores; cada questão tem cinco possibilidades de resposta, variando entre não haver dificuldade e não conseguir realizar a atividade questionada, havendo uma pontuação de 1 a 5. A pontuação final do questionário varia de 0 a 100, sendo obtida pela aplicação de uma fórmula, sendo que o valor 100 indica uma incapacidade física dos membros superiores para as atividades de vida diária e a de trabalho. O módulo ocupacional deste questionário também foi utilizado para verificar a capacidade funcional para a atividade de trabalho.

Uma entrevista semiestruturada com questões predefinidas foi realizada com os pacientes, apenas após o tratamento, com a finalidade de analisar, sob o ponto de vista qualitativo, os efeitos das intervenções em relação à melhora do quadro clínico, à percepção sobre seu adoecimento, sobre as modificações da intervenção em suas vidas e as perspectivas para o retorno ao trabalho.

Intervenção:

O tratamento cinesioterapêutico em grupo foi denominado de intervenção grupal e o tratamento cinesioterapêutico realizado com uma única pessoa, de intervenção individual. Os dois tipos de intervenção ocorreram em 10 sessões, com uma frequência de 2 vezes por semana.

O protocolo de cinesioterapia foi o mesmo para as duas intervenções: individual e grupal. Os exercícios foram baseados em técnicas de autoalongamento, fortalecimento muscular, mobilização articular ativa, facilitação neuromuscular proprioceptiva, reeducação postural e exercícios respiratórios (KISNER; COLBY, 1998; BANDY; SANDERS, 2003). Assim, foi estabelecida uma sequência de exercícios para cada sessão, que foi aplicada da mesma forma e com as mesmas orientações nos dois tipos de intervenções (**Quadro 1**).

Os exercícios de autoalongamento eram mantidos por 20 segundos com séries de 5 repetições, e os exercícios de fortalecimento eram realizados com séries de 10 repetições sem carga. O protocolo estabeleceu a introdução progressiva dos exercícios para respeitar a evolução clínica dos pacientes.

Após os exercícios, eram abordados temas considerados importantes no tratamento dos pacientes com LER/DORT, como as causas do adoecimento, a influência da doença nas limitações impostas pelo quadro clínico, as modificações e as novas alternativas para realizar as atividades de vida diária necessárias para o controle do quadro e a garantia da funcionalidade, as dificuldades do tratamento e do controle do quadro doloroso, o impacto do adoecimento na vida familiar, a participação do paciente no tratamento e o retorno ao trabalho (**Quadro 1**).

A fim de padronizar essa abordagem nas duas intervenções, foi criada uma estratégia para possibilitar o processo de reflexão destes aspectos nas intervenções individuais e em grupo com a leitura de historietas clínicas.

A palavra historietas refere-se à narração de uma história pequena, curta. Foi estabelecido um tema para cada sessão e para cada tema encontrado uma narração feita por um paciente com LER/DORT (historieta clínica) que trouxesse para a discussão o tema equivalente. Essas narrações foram retiradas de livros, e as entrevistas publicadas em jornais e revistas.

No final de cada sessão, essa historieta clínica era lida para o paciente que participava da intervenção individual para que o mesmo refletisse sobre o assunto e, se fosse seu desejo, poderia comentar a leitura com a fisioterapeuta.

Quadro 1 Descrição resumida dos exercícios utilizados no protocolo de cinesioterapia e dos temas das historietas clínicas

<i>Resumo do protocolo de cinesioterapia</i>	<i>Temas (historieta clínica)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios respiratórios. - Autoalongamento dos músculos: serrátil anterior, elevador da escápula, peitoral maior, flexores e extensores de punho, intrínsecos dos dedos das mãos, inclinadores laterais, rotadores e flexores de coluna cervical. - Mobilização ativa de coluna cervical, ombros, punhos, coluna lombar e pelve. - Fortalecimento dos músculos rombóides, musculatura flexora, abduzora e rotadora de ombros e da musculatura intrínseca das mãos. - Autopostura: cadeia posterior, cadeia anterior de membro superior e cadeia anterointerna de quadril. - Facilitação neuromuscular proprioceptiva: diagonais de membros superiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - O quadro doloroso e suas exacerbações. - O afastamento do ambiente de trabalho. - As atividades da vida diária. - As atividades de lazer. - As relações familiares e com os amigos. - O tratamento e as diversas técnicas terapêuticas. - O papel da previdência social na recuperação de pacientes com LER/DORT. - O retorno ao trabalho. - O papel do paciente na recuperação do trabalho doente. - A fisioterapia e o fisioterapeuta na recuperação na LER/DORT.

Para os pacientes que participaram da intervenção em grupo, a mesma estratégia de leitura das historietas acontecia, entretanto, os mesmos, em um processo interativo, eram convidados a comentar e a discutir entre eles o tema apresentado.

Em ambas as intervenções, a fisioterapeuta coordenou as discussões dos temas, não interferindo no desenrolar das mesmas, respondendo apenas algumas dúvidas de ordem fisiopatológica relacionadas a aspectos técnicos da doença, mantendo-se como mediadora das discussões ou dos comentários propostos pelas historietas.

Análise dos dados

As variáveis idade e tempo de início dos sintomas foram analisadas pelo teste t de Student. O número de indivíduos para as categorias sexo, escolaridade e situação ocupacional foi comparado utilizando-se o teste de Fischer. Já para as categorias atividade de trabalho e diagnóstico clínico foi utilizada a descrição simples do número de indivíduos por subcategoria.

O teste de Wilcoxon foi utilizado para analisar a pontuação do questionário DASH e do módulo ocupacional do questionário DASH, antes e após as intervenções.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e foram analisadas seguindo o modelo de análise de conteúdo proposto por Minayo (1992). Nesta forma de análise, através de uma leitura flutuante, buscou-se detectar, em um primeiro momento, temas que se repetiam nas entrevistas para que depois estes fossem agrupados e transformados em categorias que pudessem ser contrastadas, comparadas e analisadas.

Resultados

Perfil da população estudada

As variáveis idade, sexo, escolaridade, situação ocupacional e tempo de início dos sintomas apresentaram $p > 0,05$, não havendo diferenças entre os participantes das intervenções individual e em grupo (**Tabela 1**).

Na **Tabela 2**, estão descritas as atividades de trabalho dos pacientes por intervenção e pode-se identificar uma diversidade de ocupações em ambas as intervenções. Ainda na **Tabela 2**, é possível verificar os diagnósticos clínicos dos pacientes, nos quais as patologias de ombro foram encontradas com maior prevalência entre os participantes das duas intervenções.

Avaliação da funcionalidade/questionário DASH

A **Tabela 3** mostra a mediana de pontuação do questionário DASH e do módulo ocupacional do questionário DASH dos pacientes das intervenções individual e em grupo, antes e depois do tratamento.

De acordo com essa tabela, pode ser observado que houve uma redução da pontuação do questionário DASH em ambas as intervenções, entretanto essa diminuição não foi considerada significativa.

A avaliação da funcionalidade em relação à atividade de trabalho, através do módulo ocupacional do questionário DASH, também revelou que não houve diferenças significantes na mediana da pontuação antes e após as intervenções nesta amostra (**Tabela 3**).

Tabela 1 Caracterização da amostra dos pacientes com LER/DORT, submetidos à intervenção individual e em grupo, segundo idade, sexo, escolaridade, situação ocupacional e tempo de início dos sintomas

<i>Variáveis</i>	<i>Intervenção individual</i>	<i>Intervenção em grupo</i>
Idade (p=0,38)		
Média (em anos)	48,67 ± 7,35	45,75 ± 8,12
Sexo (p=0,31)		
Feminino	11	08
Masculino	01	04
Escolaridade (p= 0,66)		
Ensino fundamental	7	9
Ensinos médio e superior	5	3
Situação ocupacional (p=0,37)		
Em atividade ou com afastamento	7	10
Desempregado	5	2
Tempo de início dos sintomas (p=0,28)		
Média (em anos)	4,5 ± 2,64	5,5 ± 1,73

Os valores estão apresentados em número de indivíduos ou valor médio com respectivo desvio padrão.

Tabela 2 Distribuição do número de pacientes com LER/DORT, submetidos à intervenção individual e em grupo, por atividade de trabalho e por diagnóstico clínico

	<i>Intervenção individual</i>	<i>Intervenção em grupo</i>
Atividade de trabalho		
Bancário	01	0
Costureira	03	03
Cozinheira	01	0
Limpeza/camareira/passadeira	04	03
Metalúrgicos/indústria	0	05
Outros	03	01
Diagnóstico Clínico*		
Síndrome do Túnel do Carpo	03	02
Cervicobraquialgia	02	01
Tenossinovites de punhos	02	04
Epicondilites	02	01
Síndrome do impacto/Síndrome do manguito rotador/Tendinite do m. Supraespinhoso	09	08
Bursites de ombro	07	06

*Os pacientes podem apresentar mais de um diagnóstico clínico.

Tabela 3 Mediana da pontuação do questionário DASH e do módulo ocupacional do questionário DASH, dos pacientes com LER/DORT, antes e depois das 10 sessões de intervenção individual e em grupo, São Paulo, 2008

<i>Intervenção individual</i>						<i>Intervenção em grupo</i>					
<i>DASH</i>			<i>DASH Módulo ocupacional</i>			<i>DASH</i>			<i>DASH Módulo ocupacional</i>		
Antes	Depois	p	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p
61,65	54,17	0,077	84,38	68,75	0,05	54,58	55,00	0,136	78,13	75,00	0,339

Nível de significância $p < 0,05$

Análise das entrevistas

A análise das entrevistas permitiu identificar sete temas relacionados aos dois tipos de intervenções realizadas pelos pacientes: modificações no quadro clínico, modificações na vida cotidiana, tratamento e intervenção em grupo, tratamento e historietas clínicas, tratamento cinesioterapêutico, relação terapeuta-paciente e perspectivas para o retorno ao trabalho, como pode ser visto no **Quadro 2**.

A análise destes temas, oriundos dos depoimentos dos participantes das duas intervenções, revelou melhora do quadro clínico e de maneira semelhante entre eles, como ilustram os trechos abaixo que identificam no final o tipo de intervenção (Individual – I ou Grupal – G) e classificam os pacientes entrevistados através de um número (p.): “Agora eu tenho menos dor, não fico reclamando tanto” (I, p. 6). “Eu não sinto dor com frequência como no caso quando eu cheguei” (G, p. 3).

A análise das entrevistas permitiu identificar que os dois tipos de intervenção produziram ganhos indiretos, na vida cotidiana desses pacientes, em três aspectos: no ritmo de execução das atividades de vida diária, nas atividades de lazer e nas relações interpessoais.

As entrevistas apontam que, após a intervenção individual e em grupo, ocorreu uma diminuição no ritmo de execução das atividades de vida diária, ou seja, os participantes estão planejando as atividades e executando-as de forma mais lenta.

Associado a isso, identificou-se que os pacientes estavam desenvolvendo uma nova noção de seus limites e passavam a respeitar os seus novos limites: “Procuo fazer aos poucos. Hoje faço uma coisa, amanhã, outra” (I, p. 9). “Para mim tá mais fácil assim, porque eu procuro manter a casa todo dia organizada” (G, p. 9).

Segundo o relato dos pacientes, as intervenções produziram efeitos diferentes na melhora da funcionalidade. No discurso de alguns pacientes participantes da intervenção individual, estava presente a dificuldade para a realização de algumas atividades:

“Eu fico mais com o braço imobilizado, eu movimen-
to pouco. Faço alguma coisa básica, mas muita coisa
não dá pra fazer” (I, p. 8).

Já na fala dos participantes que participaram da intervenção em grupo, houve uma percepção de melhora funcional: “Consgo fazer com mais facilidade, não com tanta agilidade” (G, p. 10).

Embora as historietas clínicas não tenham sido valorizadas em si pelos pacientes submetidos à intervenção em grupo, a possibilidade de discussão dos assuntos despertados a partir das leituras permitiu a troca de experiências vivenciadas entre os integrantes do grupo. Este nos parece ser o aspecto mais relevante da abordagem cinesioterapêutica em grupo: “Não só o tratamento, mas a leitura que você fazia me ajudou bastante [...]. As histórias de outros pacientes que já tinham passado uma experiência de vida...” (G, p. 9).

Já no tratamento individual, as historietas representaram uma possibilidade de compartilhar as experiências de outros pacientes: “[...] Eu já senti muitas coisas dessa daí que você leu” (I, p. 10).

As dinâmicas do grupo possibilitaram, entre os seus integrantes, uma relação interpessoal, que os estimulava na execução dos exercícios e que facilitou uma tomada de consciência sobre o adoecimento e o processo de recuperação.

Os pacientes submetidos à intervenção grupal apresentaram um maior vínculo terapeuta-paciente, que parece ter ocorrido através da maior compreensão e do domínio do fisioterapeuta sobre os processos de recuperação e reabilitação desses indivíduos. Estes pacientes descreveram ter mais autonomia sobre seus tratamentos e, ao mesmo tempo, uma relação de proximidade com o fisioterapeuta.

No tratamento individual, a relação terapeuta-paciente se estabeleceu de forma mais dependente. A relação de confiança e compromisso também ocorreu nessa relação, mas os pacientes associaram uma maior transferência da melhora clínica ao profissional.

Quadro 2 Resumo das informações obtidas pelas entrevistas dos pacientes com LER/DORT, na intervenção individual e em grupo, decorrentes da análise de conteúdo em cada tema

<i>Temas</i>	<i>Intervenção Individual</i>	<i>Intervenção em Grupo</i>
Modificações no quadro clínico	- Melhora da dor - Mais preparação para lidar com os sintomas	- Diminuição da frequência dos sintomas álgicos - Melhora da funcionalidade
Modificações na vida cotidiana	- Diminuição do ritmo de execução das AVDs* - Dificuldade para realizar atividades - Melhora nas relações familiares	- Diminuição do ritmo de execução das AVDs* - Percepção de melhora funcional - Melhora nas relações familiares e ampliação da rede social
O tratamento e a intervenção em grupo		- Consciência sobre o processo de recuperação - Percepção de outros grupos sociais
O tratamento e as historietas clínicas	- Possibilidade de reflexões sobre o adoecimento	- Possibilidade de discussão a partir das leituras
O tratamento cinesioterapêutico	- Exercício para o controle do quadro doloroso	- Exercício para o controle do quadro doloroso - Associação do exercício com a melhora
A relação terapeuta-paciente nas intervenções	- Relação de confiança e compromisso - Dependência no tratamento - Relação humanizada	- Relação de confiança e compromisso - Autonomia no tratamento - Relação humanizada
Perspectivas para o retorno ao trabalho	- Desejo de retorno ao trabalho - Retorno vinculado à recuperação física - Não melhora da capacidade laboral	- Desejo de retorno ao trabalho - Retorno vinculado a modificações no ambiente de trabalho - Não melhora da capacidade laboral

*AVDs: Atividades da vida diária

Os discursos dos pacientes obtidos a partir das entrevistas apontaram que tanto o tratamento cinesioterapêutico individual, quanto aquele associado às dinâmicas de grupo não foram suficientes para melhorar a capacidade de retorno ao trabalho, mas o desejo e a mobilização para o retorno ao trabalho esteve presente nos discursos dos participantes em ambas intervenções.

Um fator limitante para o retorno ao trabalho identificado nas entrevistas, além dos aspectos sociais decorrentes do adoecimento, foi a presença ou a recordação da dor e também o fato de que voltar ao trabalho significava reviver toda a situação que ocasionou o adoecimento: “[...] Quando eu lembro do trabalho... acabo me lembrando da dor” (I, p. 7). “Não tinha esperança em voltar a trabalhar, só pelo fato de todo dia conviver com a dor” (G, p. 9).

Os pacientes que passaram pelo processo grupal relataram que o retorno ao trabalho somente seria possível se houvesse modificações nas condições de trabalho, principalmente a diminuição do ritmo e a introdução de pausas na atividade de trabalho: “Na mesma,

posso até continuar. Assim, tendo pausas e não sendo mais tão corrido. Em outro ritmo” (G, p. 9).

Já entre os pacientes da intervenção individual ocorreu uma associação do retorno ao trabalho somente à recuperação física: “Eu espero melhorar e arrumar um serviço. Poder ficar boa de tudo. Mas, trabalhar sem sentir dor” (I, p. 6). “[...] Eu creio que na minha função mesmo eu não vou conseguir” (I, p. 1).

Discussão

Os estudos clínicos envolvendo pacientes com LER/DORT comumente esbarram na dificuldade do número de participantes e da constituição de amostras homogêneas.

No presente estudo, mesmo se utilizando de uma amostra de conveniência na tentativa de conseguir um número maior de participantes, foi observada uma pequena adesão à pesquisa. Este fato pode estar associado ao receio ou ao medo de participar de procedimentos

talvez ainda desconhecidos por esta população. Outra explicação é que não é raro os pacientes com LER/DORT apresentarem restrições financeiras para o transporte urbano, dificultando a participação nos tratamentos.

A dificuldade em constituir amostras homogêneas em pesquisas com LER/DORT pode estar associada à quantidade ampla de atividades de trabalho que apresentam os vários fatores causais para estes acometimentos, às múltiplas queixas dos pacientes, aos diversos diagnósticos clínicos e às diversas regiões acometidas.

Apesar disso, os participantes desta pesquisa não apresentavam diferenças significantes em sua caracterização, mas é importante ressaltar que, devido ao número pequeno de participantes deste estudo, os resultados gerados são específicos para esta amostra.

Neste estudo, foi observado que as intervenções (individual e grupal) não produziram efeitos diferentes e significativos, no estado funcional dos membros superiores, para as atividades de vida diária, segundo mensuração realizada através do questionário DASH, embora a percepção dos pacientes tenha sido contrária, identificando melhora da funcionalidade e ganhos indiretos nas atividades cotidianas, nas duas intervenções.

Pransky et al. (1997) descreveram que, muitas vezes, a mensuração clínica da funcionalidade através de instrumentos não condiz com a avaliação das atividades realizadas em casa ou no trabalho pelos pacientes.

O questionário DASH é um instrumento indicado para a percepção de mudanças na funcionalidade de membros superiores, mas talvez o período curto de tratamento tenha sido insuficiente para trazer benefícios quantificáveis por este instrumento.

Outro aspecto relevante é que o questionário DASH aborda o grau de dificuldade para a execução das atividades. Por se tratar de pacientes crônicos, a dificuldade pode não ter se modificado, mas as estratégias para realização das atividades sim. Essas estratégias não foram mensuradas no questionário, apenas nas entrevistas.

Essa constatação reforça a ideia apontada por Sluiter e Frings-Dresen (2008) de que os efeitos quantitativos de uma intervenção clínica podem não revelar o conjunto do impacto do tratamento nos pacientes com LER/DORT. É preciso conhecer os aspectos subjetivos e a percepção dos indivíduos do seu processo de recuperação e reabilitação para melhor avaliar os vários aspectos da eficácia dos procedimentos clínicos.

Em um estudo que comparou os efeitos da fisioterapia individual e dos exercícios em grupo em trabalhadores com mialgia em ombros e cervical, foi verificado que, nos dois tipos de intervenção, houve uma melhora do quadro clínico. Porém, os sujeitos que receberam o tratamento em grupo estavam mais satisfeitos com seus, estados, de saúde e também mantiveram a melhora por mais tempo do que os pacientes da intervenção individual (VASSELJEN JR.; JOHANSEN; WESTGAARD, 1995).

A análise qualitativa possibilitou identificar que as reflexões e as trocas de experiências sobre as implicações da dor crônica em diversos aspectos da vida dos pacientes com LER/DORT, ocorridas no processo grupal, trouxeram uma nova compreensão sobre o estado de saúde desses indivíduos. Essa maior compreensão permitiu uma reorganização de suas emoções e do convívio com o sofrimento e possibilitou a identificação de uma resposta mais favorável ao tratamento, mesmo não havendo uma resposta clínica de melhora funcional relevante.

Os pacientes que passaram pela intervenção em grupo parecem estar mais motivados na busca da autonomia e mais estáveis emocionalmente do que os pacientes que se submeteram à intervenção individual.

Essa diferença pode ser decorrente da ausência de trocas, que ocorreu na intervenção individual. Os participantes que passaram por esta intervenção refletiram sobre todos os temas referentes ao adoecimento, mas não escutaram as diversidades dos quadros clínicos, das condições de trabalho e das dificuldades vivenciadas pelos participantes do processo grupal.

Siqueira e Queiroz (2001) relataram a experiência dos profissionais de um serviço de saúde do trabalhador do Município de São Paulo, na qual identificaram que os procedimentos terapêuticos individuais e isolados de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia não respaldavam todas as necessidades dos trabalhadores com LER/DORT. Dessa forma, reorganizaram o atendimento dessas pessoas através de uma abordagem mais integrada, visando aumentar as trocas de experiência que facilitassem tanto a recuperação e sua inclusão em um novo trabalho, quanto o retorno à mesma função.

Essas autoras fizeram uso de dinâmicas grupais para favorecer uma intervenção mais integrada e obtiveram como resultados a diminuição da sintomatologia e das questões emocionais, a sensação de prazer durante os encontros, a recontextualização da capacidade laboral e um novo posicionamento como cidadãos dessas pessoas que passaram a entender que o problema vivenciado não era individual, e sim coletivo. Assim, compreende-se que essa abordagem possibilitou, além da recuperação física do trabalhador, maior compreensão social do problema, que extrapolou os efeitos da clínica tradicional e se estendeu a outros aspectos da vida dessas pessoas (SIQUEIRA; QUEIROZ, 2001).

O processo de retorno ao trabalho e de permanência para os pacientes com LER/DORT é bastante complexo e um dos mais importantes aspectos da prevenção, do tratamento e da reabilitação de trabalhadores portadores desse tipo de lesão (GRAVINA; ROCHA, 2006; NIEUWENHUIJSEN et al., 2003; LANCMAN, 2001). Os resultados das duas intervenções em relação a essa questão foram muito superficiais. Enquanto a avaliação quantitativa demonstrou que as intervenções não produziram efeitos no aumento da funcionalidade para a atividade de trabalho, a avaliação qualitativa apontou que as dificuldades encontradas pelos pacientes para que esse retorno aconteça vão além dos sintomas físicos ou da funcionalidade.

Feuerstein et al. (1993) demonstraram que um programa de reabilitação multidisciplinar de pacientes crônicos com LER/DORT auxilia no retorno ao trabalho, mas revelou que são necessárias também intervenções nas condições de trabalho e o acompanhamento dos trabalhadores nesse retorno para garantir uma volta efetiva e permanente.

Gravina e Rocha (2006) publicaram um estudo sobre o processo de retorno ao trabalho dos bancários e observaram que, para readaptar o paciente com LER/DORT ao trabalho, é preciso um envolvimento efetivo das empresas e dos trabalhadores.

Para Yeng et al. (2001), o retorno ao trabalho é dificultado pela desatualização das habilidades e dos conhecimentos adquiridos, antes do afastamento, pelos déficits funcionais e pelo medo real e/ou infundado de novos episódios de lesão.

Estas informações foram sustentadas neste estudo, pois as limitações funcionais, especialmente para a atividade de trabalho, o medo de novos episódios de adoecimento e a incerteza de como seriam recebidos em seus locais de trabalho, no caso de alta, estiveram presentes nos discursos dos pacientes, após o tratamento, nas duas formas de intervenção.

As autoras Gravina e Rocha (2006) discutem que a presença de dor e a dificuldade de consciência das limitações funcionais dificultam o retorno ao trabalho. Opsteegh et al. (2009), que investigaram os determinantes do retorno ao trabalho em pacientes com lesões em mãos, também concluíram que a dor foi um fator dificultador do retorno ao trabalho.

No estudo de Takahashi e Canesqui (2003) sobre a avaliação da efetividade de um serviço de saúde na reabilitação de pacientes com LER/DORT, as autoras consideraram imprescindível para o retorno ao trabalho um atendimento terapêutico que resgate a autonomia funcional e o equilíbrio emocional.

Um fato é que as falas dos pacientes com LER/DORT que participaram dessa pesquisa ressaltaram as reflexões sobre o trabalho enquanto centralizador social, que mantém o indivíduo no mundo, e como fonte de identidade psicossocial (NUNES; ANDRADE, 2007). Esses elementos demonstram que o trabalho em si e a sua importância global na vida das pessoas merece mais destaque, e um tempo maior de abordagem dentro das sessões, independentemente do tipo de intervenção (individual ou em grupo).

Outro aspecto relevante e que pode ter limitado os efeitos das intervenções é o número de sessões previstas neste protocolo de tratamento.

Referências

ASSUNÇÃO, A. A. Os DORT e a dor dos DORT. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 11., 2001, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ANAMT, 2001. 1 CD-ROM.

A escolha do número de sessões foi baseada na prática clínica realizada na maioria das clínicas de fisioterapia, que, por motivos de organização financeira com os planos de saúde, predefinem os tratamentos em 10 sessões. Os serviços públicos de fisioterapia em saúde do trabalhador, por sua vez, para solucionar a grande demanda de pacientes e permitir maior rotatividade, estipulam prazos e números de sessões definidas para a finalização do tratamento.

Nos estudos citados por Konijnemberg et al. (2001), em uma revisão sistemática de tratamento conservador para LER/DORT, não havia um consenso sobre o estabelecimento do número de sessões para garantir a eficácia do tratamento e a recuperação dos pacientes.

No presente estudo, a necessidade de continuidade do tratamento foi percebida pelos pacientes que se submeteram aos dois tipos de intervenções, mostrando que a quantidade de sessões deve ser maior do que a estipulada nesta pesquisa, tanto nas intervenções individuais, quanto nas grupais.

Assim, o sucesso ou não do processo de reabilitação e da reinserção do trabalhador em seu posto de trabalho, ou em outro, após a recuperação ou o controle do quadro clínico, tem sido um enigma, havendo a necessidade de outros estudos que auxiliem no entendimento e no fortalecimento do processo de retorno ao trabalho de pacientes com LER/DORT.

Conclusão

O número pequeno de participantes e o curto tempo de acompanhamento dos tratamentos podem ter limitado os resultados sobre a funcionalidade e o retorno ao trabalho dos pacientes do estudo. Mas foi possível perceber que o tratamento cinesioterapêutico individual e o associado às dinâmicas de grupo permitiu uma abordagem mais global do processo de adoecimento, recuperação e reabilitação do paciente com LER/DORT, mesmo não sendo suficiente para garantir o retorno ao trabalho.

Este estudo trouxe uma importante fundamentação para as ações dos fisioterapeutas que querem atuar em grupo, especialmente na área de saúde do trabalhador. Revelou que a possibilidade de reflexão criada nas duas intervenções, individual e grupal, foi indispensável para as modificações na percepção do quadro clínico e da funcionalidade dos pacientes com LER/DORT e que as estratégias de utilização das histórias clínicas podem ser incorporadas na prática clínica dos fisioterapeutas durante o atendimento desses pacientes como forma de enriquecer os tratamentos e de aumentar a relação terapeuta-paciente.

BANDY, W. D.; SANDERS, B. *Exercícios terapêuticos: técnicas para intervenção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao*

- trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 114).
- CAMARGO, P. R. et al. Pain in workers with shoulder impingement syndrome: an assessment using the DASH and McGill pain questionnaires. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 2, p. 161-67, mar./abr. 2007.
- FEUERSTEIN, M. et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. *Journal Occupational Medicine*, United States, v. 35, n. 4, p. 396-403, 1993.
- GARDINER, D. *Manual de terapia por exercícios*. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1993.
- GRAVINA, M. E. R.; ROCHA, L. E. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 41-55, dez. 2006.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- KONIJNENBERG, H. S. et al. Conservative treatment for repetitive strain injury. *Scandinavian Journal Work Environ & Health*, Finland, v. 27, p. 299-310, Oct. 2001.
- LANCMAN, S. Les Lésion par efforts repetitifs au Bresil: l'expression de la souffrance dans le travail et le peur du choage. In: COLLOQUE INTERNATIONAL DE PSYCHODYNAMIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL LA PEUR ET L'ACTION DANS LE CHAMP DU TRAVAIL, 3., 2001, Paris. *Anais...* Paris: CNAM, 2001. v. 1, p. 107-113.
- LIMA, A. B.; OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: CODO, W. E.; ALMEIDA, M. C. C. (Org.) *Lesões por Esforços Repetitivos L. E. R. Diagnóstico, tratamento e prevenção – uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 159-163.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.
- NIEUWENHUIJSEN, K. et al. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines: a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 60, Suppl. 1, p. 21-25, 2003.
- NUNES, C. M. P.; ANDRADE, A. G. M. Terapia ocupacional e dor no campo das relações entre saúde e trabalho. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Org.) *Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Rocca, 2007. p. 210-257.
- OPSTEEGH, L. et al. Determinants of return to work in patients with hand disorders and hand injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Netherlands, v. 19, n. 3, p. 244-245, may 2009. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/h36g57277168h141/fulltext.pdf>. Acesso em: 20 maio 2009.
- ORFALE, A. G. et al. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Brazil, v. 38, n. 2, p. 293-302, 2005.
- PRANSKY, G. et al. Measuring functional outcomes in work-related upper extremity disorders. Development and validation of the Upper Extremity Function Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, United States, v. 39, n. 12, p. 1195-1202, 1997.
- SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-152, jan./fev. 2001.
- SATO, L. et al. Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 21, n. 79, p. 49-62, 1993.
- SETTIMI, M. M. et al. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: abordagem interdisciplinar. *Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália “Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho”*, p. 149-153, 1998.
- SIQUEIRA, A. R.; QUEIROZ, M. F. F. Abordagem grupal em saúde do trabalhador. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 411-419, 2001.
- SLUITER, J. K.; FRINGS-DRESEN, M. H. Quality of life and illness perception in working and sick-listed chronic RSI patients. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Germany, v. 81, n. 4, p. 495-501, July 2008.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, set./out. 2003.
- VASSELJEN, J. R. O.; JOHANSEN, B. M.; WESTGAARD, R. H. The effect of pain reduction on perceived tension and EMG-recorded trapezius muscle activity in workers with shoulder and neck pain. *Scandinavian Journal Rehabilitation Medicine*, Sweden, v. 27, n. 4, p. 243-252, 1995.
- YENG, L. T. Reabilitação em lesões por esforços repetitivos. In: CODO W. E.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Org.) *LER – Lesões por Esforços Repetitivos*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-109.
- YENG, L. T. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: TEIXEIRA, M. J. *Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001. p. 237-253.
- ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 23-31.

A saúde dos músicos: dor na prática profissional de músicos de orquestra no ABCD paulista*

Camila Frabetti Campos de Oliveira¹

Flora Maria Gomide Vezzà²

Musicians' health: pain resulting from playing musical instruments among members of orchestras of the ABCD region, São Paulo, Brazil

¹ Discente, bolsista de iniciação científica do curso de Fisioterapia. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

² Fisioterapeuta, docente da disciplina de Fisioterapia Preventiva e Laboral. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

*Trabalho de iniciação científica.

Contato:

Flora Maria Gomide Vezzà
Rua Álvares de Azevedo, 210/101
Centro – Santo André, SP
CEP: 09020-140

E-mail:

floravezza@usp.br

Resumo

Esta pesquisa averiguou a ocorrência de queixas dolorosas musculoesqueléticas relacionadas à prática de instrumento musical entre músicos de orquestras da região do ABCD paulista em 2008. Sessenta e nove músicos responderam ao Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), complementado por um levantamento sociodemográfico. Foram levantadas as queixas nos últimos doze meses e nos últimos sete dias e os afastamentos das atividades habituais provocados por dor. Os dados foram tratados estatisticamente para uma descrição da amostra e análise da severidade dos casos. Os músicos pesquisados, 55 homens e 14 mulheres, constituíram um grupo jovem – 77% abaixo de 35 anos – com um predomínio de instrumentistas de cordas, dos quais a maioria (72%) tem dois ou mais vínculos de emprego. As queixas dolorosas atingem 65 dos 69 participantes, acometendo com maior severidade o tronco (regiões lombar e dorsal) e o punho: estas regiões, seguidas pelo pescoço, provocaram o maior número de afastamentos das atividades normais. Os resultados indicam que a dor “faz parte do negócio” entre os músicos. A dor dos músicos, como de outros trabalhadores, coloca na pauta a reflexão sobre como prevenir queixas dolorosas na perspectiva de uma atuação primária de promoção de saúde. Com relação à prevenção secundária, esta deveria ser feita em serviços de saúde preparados para lidar com as peculiaridades do trabalho do músico.

Palavras-chave: músicos; dor musculoesquelética; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Abstract

This study investigated the occurrence of musculoskeletal pain among orchestra musicians from the region of ABCD (constituted by four industrial towns named Santo André, São Bernardo, São Caetano, and Diadema), in São Paulo state, Brazil, in 2008. Sixty-nine musicians filled the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) and gave information on demographic and professional aspects. Their complaints during the last 12 months and the last 7 days were registered, as well as their absence from professional activities due to pain. Data were treated statistically to describe the sample and assess severity of complaints. The assessed group – 55 men and 14 women, 77% under 35 years – was mostly formed by string musicians, 72% working for at least two orchestras. Sixty five of them reported pain that was more severe in the torso (lumbar or dorsal regions) and the wrist. These areas, followed by the neck, caused most of their absences from work. Results showed that pain is “part of musicians’ job”. The musician’s pain, as well as other workers’, raises the discussion on how it should be prevented in order to promote their health. Concerning secondary prevention, health services should be prepared to deal with musicians’ occupational specificities.

Keywords: musicians; musculoskeletal pain; work related musculoskeletal disorders.

Recebido: 19/06/2009

Revisado: 07/02/2010

Aprovado: 09/02/2010

Introdução

Desde o início do século XX, há relatos de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao exercício das atividades laborais que acometiam principalmente a coluna vertebral. No entanto, desde meados dos anos de 1980, houve uma mudança no tipo de problemas mais prevalentes. A partir deste período, a maior causa de afastamento e incapacidade temporária ou permanente está relacionada à ocorrência das chamadas LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (KUORINKA; FORCIER, 1995). Este fenômeno foi observado em vários países e também no Brasil. O Ministério da Saúde reconhece que “dentre as doenças ocupacionais registradas, as LER/DORT são as mais prevalentes, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora segura”, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Seguro Social em 1997 (BRASIL, 2001). Feuerstein (2005) aponta que o problema continua a crescer nos Estados Unidos.

A prática profissional ligada às artes também se insere neste panorama. Desde o início da década de 1980, vários países assistiram ao desenvolvimento de uma nova área de atuação das profissões da saúde, com a criação de várias associações dedicadas ao estudo de problemas de saúde de músicos e artistas performáticos (OSTWALD et al., 1994). Este desenvolvimento é uma resposta ao fato de que esta categoria profissional tem problemas de saúde específicos, relativos ao exercício de uma atividade artística que solicita o organismo de forma particular (ZAZA, 1998; ROYSTER; ROYSTER; KILLION, 1991; SCHUMAN et al. 2000), dentre os quais os distúrbios musculoesqueléticos são os mais frequentes (DEBÉS; SCHNEIDER; MALCHAIRE, 2003).

A prevalência de LER/DORT entre os músicos é comparável à dos trabalhadores industriais (ZAZA, 1998; BRANDFONBRENER, 2003; BRAGGE, 2006; BRAGGE et al., 2003; ALMEIDA, 1996, *apud* ANDRADE; FONSECA, 2000). Levantamentos epidemiológicos feitos por estes autores apontam também que os estudantes de música têm prevalências quase tão altas quanto os músicos profissionais, o que constitui grave problema de saúde pública, visto que este adoecimento atinge uma população jovem, que está no início de sua vida profissional. Zaza (1998), em uma revisão sistematizada de estudos epidemiológicos de problemas musculoesqueléticos relacionados à prática de um instrumento musical, verificou prevalências de 39% a 87% em músicos adultos e de 34% a 62% entre estudantes de música de nível secundário. Esta autora aponta que tal prevalência é comparável à

de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) de outros grupos ocupacionais.

No Brasil ainda são poucos os dados sobre tal fenômeno. A prevalência de sintomas de origem musculoesquelética entre os músicos da sinfônica de Londrina foi estudada por Trelha et al. (2004) e Andrade e Fonseca (2000) que investigaram a incidência de *stress* físico entre instrumentistas de corda. Não foram encontrados levantamentos sobre a incidência ou prevalência destes problemas entre estudantes.

Como é o caso com as LER/DORT, as causas destes distúrbios são multifatoriais e envolvem fatores profissionais, individuais e extraprofissionais. Costa (2003) fez a análise ergonômica da atividade de violistas e aponta características organizacionais do trabalho em orquestra que se relacionam à ocorrência de queixas musculoesqueléticas.

Os municípios da região do ABCD paulista vêm incentivando a música, através da implantação de orquestras sinfônicas e de escolas de música. Dados de divulgação das administrações públicas municipais fazem referência ao número de músicos que atuam em orquestras e bandas na região. À época da pesquisa (fevereiro de 2008), estes dados indicavam uma população em torno de 250 pessoas, de acordo com consultas às páginas oficiais das prefeituras da região³. No entanto, esta população não é fixa: com poucas exceções, os músicos não têm vínculo empregatício e recebem verbas de incentivo ou bolsas de estudo. Mudanças de administração provocadas por eleições ou substituição de quadros alteram o número de músicos financiados pelos municípios, segundo informações colhidas junto a representantes das orquestras ou de associações de músicos. Esta população está exposta a riscos ocupacionais que podem ser minorados através de ações de prevenção primária e secundária. Dada a relevância deste tipo de agravo à saúde e as consequências sociais deste acometimento, particularmente entre jovens estudantes de música, o objetivo deste estudo foi conhecer qual é o perfil de queixas de origem musculoesquelética entre músicos de orquestra da região do ABCD.

Métodos

Investigou-se a ocorrência de queixas dolorosas musculoesqueléticas entre membros de três orquestras sinfônicas e a *Jazz* sinfônica da região do ABCD através de um questionário autoaplicável. As orquestras foram visitadas pessoalmente durante os ensaios regulares e, na primeira visita, procedeu-se a uma palestra de esclarecimento sobre a pesquisa, exceto em uma delas, por falta de autorização do maestro. Neste caso,

³ FUNDAÇÃO DAS ARTES DE SÃO CAETANO DO SUL. Disponível em: <http://www.fascos.com.br/1_3_1.asp?NKey=ORG001>. Acesso em: 09 fev. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIADEMA. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/>>. Acesso em: 09. fev. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ. Disponível em: <http://www.santoandre.sp.gov.br/bn_conteudo.asp?cod=5952>. Acesso em: 09 fev. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_novo.asp?srcpg=noticia_completa&ref=2322&qt1=0>. Acesso em: 09 fev. 2007.

os músicos foram informados individualmente, ou em pequenos grupos, no horário de intervalo ou ao término do ensaio. Os questionários foram distribuídos em mãos antes, no intervalo ou após os ensaios e coletados pessoalmente no mesmo dia ou por ocasião de ensaios subsequentes da orquestra. Foram incluídos na amostra todos os integrantes da orquestra presentes nos ensaios e excluídos os maestros e o pessoal de apoio. Para obter um maior número de respondentes, cada orquestra foi visitada três vezes e 122 questionários foram distribuídos. Foram excluídas da amostra as bandas da região, por não serem bandas sinfônicas e utilizarem instrumentos diversos dos encontrados em orquestra. Todos os respondentes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e consentiram livremente em participar após este esclarecimento. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) validado em português (PINHEIRO; TROCCOLI; CARVALHO, 2002), acrescido de um levantamento de dados demográficos e profissionais da população desenvolvido para esta pesquisa, que incluía o tempo de estudo do instrumento e a idade de início. O QNSO investiga: a frequência (nos últimos doze meses e nos últimos sete dias) de queixas em diferentes regiões do corpo (dor, dormência, formigamento ou desconforto); a relação das queixas com o trabalho; suas repercussões sobre as atividades rotineiras (trabalho, serviços domésticos ou passatempos), se foi necessário evitá-las devido a elas. Estabeleceu-se ainda uma classificação da intensidade de sintomas presentes nos últimos sete dias através da utilização de uma escala visual analógica de dor (EVA), que classifica a sensação dolorosa entre zero (nenhuma dor) e dez (dor intolerável). Os dados foram analisados através do sistema SAS (*Statistical Analysis Software*) para cálculo da frequência de queixas e sua severidade por região e para avaliação da relação destas com o trabalho.

as e sua severidade por região e para avaliação da relação destas com o trabalho.

O critério de severidade adotado foi aquele proposto por Pinheiro, Troccoli e Carvalho (2002), que varia de zero (ausência de sintomas, nenhuma diminuição das atividades normais) a quatro (queixas em 12 meses e em sete dias e prejuízo das atividades normais). Embora fosse possível discriminar entre queixas dolorosas à esquerda e à direita para os membros superiores, optamos por considerar cada articulação deste segmento bilateralmente.

Resultados

Foram distribuídos 122 questionários nas três orquestras sinfônicas, filarmônicas ou *jazz* sinfônica, todas na região do ABCD paulista, e que realizam dois ensaios semanais, de 3 a 4 horas cada um. A taxa de resposta foi de 57% com 69 devolvidos. Quanto às características demográficas, 55 homens (80%) e 14 mulheres (20%) responderam ao QNSO, dos quais a maior parte pode ser considerada jovem: 53 (77%) estão abaixo de 35 anos e 44 (62%) têm entre 20 e 29 anos, conforme **Gráfico 1**.

Violinistas formaram o maior contingente (18 instrumentistas), seguidos por trombonistas (9) e flautistas (7), conforme o **Gráfico 2**. Dez músicos tocam um segundo instrumento. Se considerados por grupos de instrumentos, a amostra foi composta por 29 instrumentistas de cordas, 13 madeiras, 18 metais e 5 percussionistas. Os 4 músicos restantes tocam piano, violão ou guitarra.

Sessenta e um instrumentistas (88%) classificaram-se como músicos profissionais, dois (3%) como estudantes e seis (9%) não responderam. Com relação ao vínculo empregatício, apenas 27% (19 músicos) têm vínculo único;

Distribuição dos músicos por idade

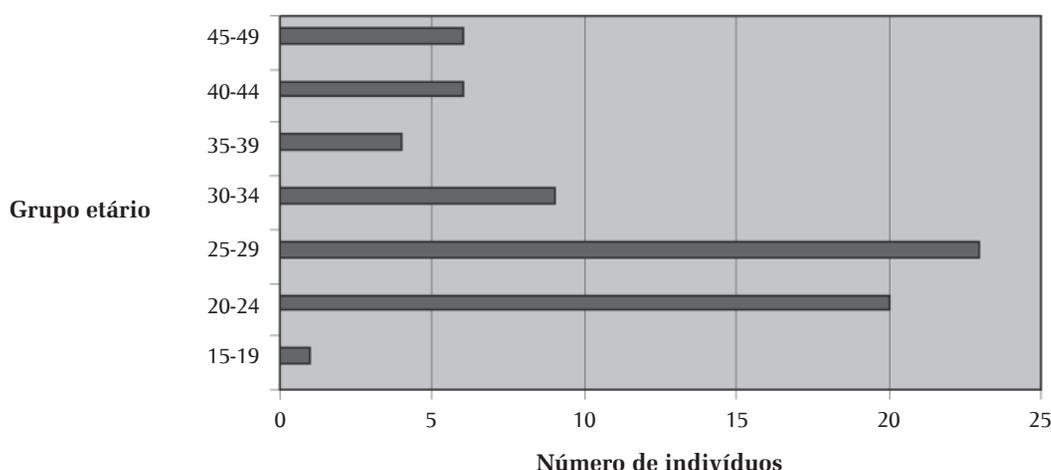


Gráfico 1 Distribuição por grupo etário dos músicos entrevistados, região do ABCD paulista, 2008

os 72% restantes tocam em duas (29 músicos), três (17 músicos) ou 4 orquestras (2 músicos). Mais da metade (39 músicos) declarou tocar também em outros tipos de grupo musical, como grupos de serviços religiosos (casamentos, por exemplo). Apenas seis deles têm outra atividade remunerada fora das orquestras e grupos musicais: 4 são professores de instrumento e os outros 2 são proprietários de escola de música e professores de inglês.

A média de horas de estudo diário individual do instrumento é de 3,3h ± 1,5h (Mediana Md= 3 horas). Quanto ao estudo diário em grupo, a média foi 4h ± 3h (Md= 3h). Houve uma grande dispersão das estimativas deste último dado. Com relação ao tempo de prática do instrumento, a média foi de 14,9 anos ± 7,8 (Md= 14 anos), sendo que 25% deles toca há 18 anos ou mais e 34 instrumentistas (50%) iniciaram o estu-

do do instrumento entre 12 e 17 anos. Apenas 5 dos 69 músicos (7%) afirmaram não ter tido nenhuma dor nos doze meses ou nos sete dias precedentes – uma trompa e quatro cordas.

A ocorrência de queixas por região é apresentada na **Tabela 1** e a severidade dos sintomas relatados, na **Tabela 2**. O total de respostas varia, pois, sendo o questionário autoaplicável, muitos campos foram deixados em branco, com uma perda de respostas da ordem de 10%. Quando discriminada a região do corpo, a área mais apontada foi o pescoço, tanto para doze meses (36 músicos) como para sete dias (22 músicos). A frequência de dor no tronco foi também bastante elevada, com 33 indicações para a região lombar e 30 para a região dorsal, tomando como referência os doze meses.

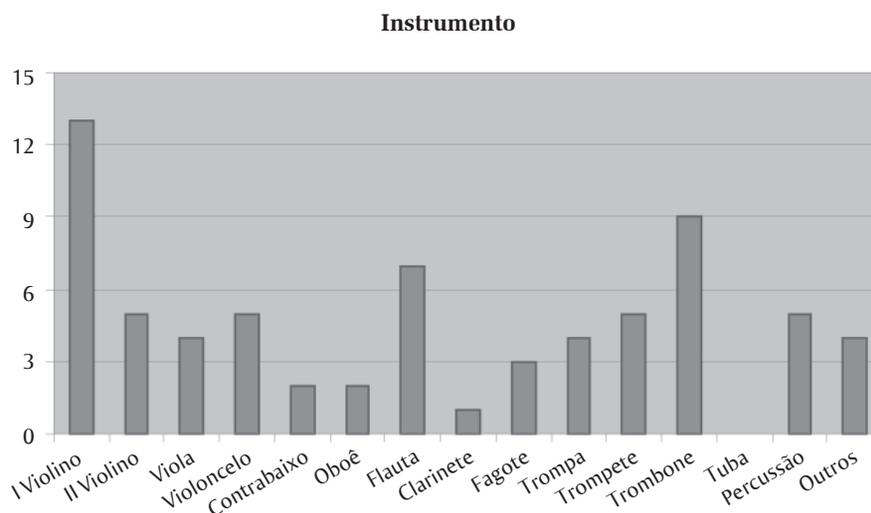


Gráfico 2 Distribuição por instrumento tocado pelos músicos entrevistados, região do ABCD paulista, 2008

Tabela 1 Frequência de respostas afirmativas à ocorrência de problemas (dor, formigamento ou desconforto) e redução do nível de atividades normais de trabalho, serviço doméstico ou passatempo entre a população de músicos entrevistados da região do ABCD paulista, 2008

	Pescoço	Ombros	Cotovelos	Antebraços	Punho, mão e dedos	Região dorsal	Região lombar	Quadril ou coxas	Joelhos	Tornozelo e pés
12 meses	36	31	5	15	26	30	33	8	8	4
7 dias	22	22	0	5	14	18	14	3	2	3
Evitou atividades	9	3	2	2	8	4	6	1	0	1

Tabela 2 Frequência de severidade dos problemas relatados entre a população de músicos entrevistados na região do ABCD paulista, 2008

	Pescoço	Ombros	Cotovelos	Antebraços	Punho, mão e dedos	Região dorsal	Região lombar	Quadril ou coxas	Joelhos	Tornozelo e pés
0	28	31	56	48	33	31	26	51	52	53
1	10	7	3	7	11	10	16	3	3	2
2	16	16	0	4	7	12	2	2	2	1
3	5	1	2	1	2	0	1	0	0	0
4	3	2	0	1	5	4	5	1	0	1

0 = nenhuma queixa ou prejuízo de atividades; 1 = queixa em doze meses; 2 = queixas em doze meses E em sete dias; 3 = queixa em doze meses OU em sete dias e prejuízo das atividades; 4 = queixa em doze meses E em sete dias e prejuízo das atividades (2008)

A relação das queixas dolorosas com o trabalho foi negada por apenas 11 dos participantes; 58 músicos atribuem suas causas à atividade profissional. As queixas dolorosas nos últimos sete dias, investigadas através da Escala Visual Analógica (EVA), apresentaram média de intensidade dolorosa de $3,6 \pm 2,5$ (Md= 4), sendo que 25% da amostra avaliaram sua dor como 5 ou mais.

Discussão

Frequência geral e por região do corpo

A ocorrência de queixas dolorosas na população de músicos estudada mostrou-se extremamente elevada, acometendo 64 músicos (93%) em pelo menos um dos períodos investigados. Dados semelhantes, embora um pouco inferiores, foram observados por Trelha et al. (2004) em estudo da prevalência de queixas na Orquestra Sinfônica da Universidade de Londrina – 77,8% de queixas em doze meses e 71,1% em sete dias. Zaza (1998), em uma revisão sistemática de levantamentos epidemiológicos, encontrou prevalências variando entre 39% e 87% de músicos adultos, e de 34% a 62% entre estudantes de música secundaristas.

Resultados semelhantes foram descritos por Trelha et al. (2004): entre as quatro regiões mais citadas naquele estudo, encontram-se ombros, coluna cervical, coluna dorsal, punhos e mãos.

Uma das dificuldades em comparar os estudos epidemiológicos entre si é devida a variações metodológicas, em particular à definição pobre do resultado observado (queixa dolorosa, disfunção...) (ZAZA, 1998). Em sete estudos listados sobre distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao tocar, apenas três mensuraram queixas ou sintomas musculoesqueléticos: um estudo

com 117 estudantes de piano de conservatório (GRIECO et al., *apud* ZAZA, op. cit.); um estudo comparativo entre 90 estudantes universitários de instrumento com um grupo controle de 159 pessoas (ROACH et al., *apud* ZAZA, op. cit.); e um estudo com 660 estudantes e funcionários de universidade de música (LARSSON et al., *apud* ZAZA, op. cit.). A prevalência destes dois últimos foi de 67%, e entre os estudantes de piano, de 62%. Os achados desta pesquisa são coerentes com o panorama delineado por estes estudos.

Instrumento tocado

Foi observada uma alta frequência de queixas para punho, mãos e dedos ao considerarmos o grupo das madeiras: em um grupo de 13 instrumentistas, 9 referiram queixas em doze meses, 3 em sete dias e 2 tiveram prejuízo de suas atividades normais por dores nesta região. No entanto, a amostra abordada e o tipo de coleta de dados não permitem que façamos inferências quanto à existência de um instrumento mais nocivo que outro com relação à produção de fenômenos dolorosos entre os instrumentistas das orquestras investigadas. Não parece haver consenso na literatura sobre um instrumento mais nocivo ou saudável. Hunter Fry, médico que estudou o acometimento de músicos na Austrália na década de 1980, verificou prevalência de 64% entre 485 instrumentistas (*apud* MOURA; FONTES; FUKUJIMA, 2000) e apontou os violinistas e os violistas como os mais afetados pela sobrecarga muscular (*apud* ANDRADE; FONSECA, 2000). Brandfonbrener (1983, *apud* ANDRADE; FONSECA, 2000) aponta pianistas e instrumentistas de cordas entre os mais afetados.

Trelha et al. (2004) observou um maior predomínio de sintomas entre as cordas e os sopros, o que verificamos também em nossa amostra. No entanto, na comparação feita por Frank e Mühlen (2007), os violinistas apresentam porcentagens de queixas significativamente menores do que os instrumentos de sopro, como o fagote e a flauta transversal.

As queixas dolorosas osteomusculares são fenômenos de causa multifatorial. Ao considerarmos as relações entre o adoecimento e o trabalho como músico, encontramos fatores de risco ligados aos aspectos físicos e ambientais, como as posturas determinadas pelo instrumento, o mobiliário adotado na orquestra (PRADO, 2006), mas também aspectos determinados pela organização do trabalho e pelas relações de emprego (COSTA; ABRAHÃO, 2004), além dos fatores individuais. Nas palavras de Frank e Mühlen (2007), “não é possível declarar algum instrumento como *mais saudável*” (p. 193), pois o estabelecimento de lesões está ligado a características individuais na interação física do corpo com o instrumento, como força muscular, dimensões corporais, posturas.

Severidade e afastamento das atividades normais

Em nosso levantamento, as três regiões que mais determinaram prejuízo das atividades habituais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) foram: pescoço (9 instrumentistas), punho, mão e dedos (8 instrumentistas) e região lombar (6 instrumentistas). Andrade e Fonseca (2000) observaram que 22,2% músicos de sua amostra de instrumentistas de cordas relataram ter se afastado de sua atividade por desconforto nas costas e 17,9%, no pescoço. Eles reportam um índice geral de afastamento de 30%, embora não deixem claro se isto inclui todo o tipo de atividade ou se apenas a prática do instrumento. Índice semelhante, de 33,3%, foi descrito por Trelha et al. (2004), sem que tenha sido discriminada a região de desconforto responsável.

Os baixos índices de afastamento, apesar da grande ocorrência de dores, têm sido atribuídos à relutância em interromper a prática do instrumento devido à preocupação com a excelência, a pressões derivadas da organização do trabalho na orquestra, como programação de apresentações e gravações, variação de repertórios, e também ao risco de perda de rendimentos (FRANK; MUHLEN, 2007; PEDERIVA, 2005; ANDRADE; FONSECA, 2000; COSTA; ABRAHÃO, 2004; ZAZA; CHARLES; MUSZYNSKI, 1998). Os múltiplos vínculos com diferentes orquestras encontrados por nós parecem corroborar estes argumentos.

Este fenômeno de continuar trabalhando apesar de queixas dolorosas é comum nas LER/DORT, mas sua interpretação requer reflexão. A busca de excelência artística, apontada por vários dos autores consultados, parece conviver com o fato de que a maioria das pessoas reluta em classificar suas dores como um problema de saúde, e a procurar ajuda, como destacam as cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a respeito das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). O significado das dores para o músico, sua avaliação das dores como sendo “normais” ou como dores que podem ser classificadas como uma “doença” (ZAZA; CHARLES; MUSZYNSKI, 1998), também pode ser amplamente variável e interferir na decisão de afastamento. Finalmente, mas não menos importante, deve-se considerar que o acesso a serviços de saúde nem sempre é fácil, rápido ou barato, e que isto pode ter influência nos resultados obtidos, especialmente devido à falta de vínculo empregatício dos músicos.

Número de horas de estudo

O número de horas de estudo tem sido apontado como tendo um impacto significativo sobre as queixas (COSTA; ABRAHÃO, 2004; DEBÈS; SCHNEIDER; MALCHAIRE, 2003; FRANK; MUHLEN, 2007). Andrade e Fonseca (2000) consideraram este fator como determinante na interrupção de atividades. Os músicos por nós entrevistados referiram longos períodos diários de prática, tanto individual (média de aproximadamente 3h), como coletiva (média de 4h). Parece-nos que o vínculo múltiplo com orquestras diferentes, constatado em 72% dos músicos de nossa amostra, pode estar ligado tanto à ocorrência de queixas dolorosas quanto ao elevado número de horas de estudo, pois as orquestras trabalham repertórios diferentes, o que leva o instrumentista a preparar diferentes peças musicais para cada uma delas. Trelha et al. (2004) referem uma média de 31,85h ± 9,26 horas de atuação semanal na orquestra de Londrina. No entanto, estes autores não discriminaram entre prática individual e coletiva, nem investigaram a vinculação dos músicos de sua amostra com outros grupos musicais.

Além disso, o deslocamento do músico carregando seu instrumento, destacado por Frank e Mühlen (2007), como fator de risco de sobrecarga muscular, também se multiplica.

Andrade e Fonseca (2000) comparam a atuação do músico à atuação do atleta pela demanda de longas horas de prática e apresentações públicas nas quais o máximo de desempenho é exigido. A diferença reside no fato de que os atletas contam com especialistas atentos às características de sua saúde e dos agravos a ela infligidos pelo exercício profissional, e os músicos não.

Características demográficas

Algumas características demográficas da população estudada merecem destaque. A proporção de músicos por gênero em nossa amostra revelou um predomínio absoluto de indivíduos do sexo masculino (80%), o que também foi visto no estudo de Londrina (TRELHA et al., 2004), com apenas 18% de mulheres. Embora não seja possível afirmar que a proporção de mulheres nas orquestras do ABCD seja a mesma que a proporção por nós observada na população de estudo, as mulheres eram minoria em todos os ensaios visitados, o que está espelhado nos resultados levantados. Excetuando-se o levantamento de Heming (2004), que encontrou 51% de homens em uma amostra de 59 músicos, os levantamentos consultados sobre músicos em outros países não indicam a proporção de mulheres entre músicos de orquestra, apenas referem que a gravidade dos problemas de saúde é maior entre as mulheres (FRANK; MUHLEN, 2007; MOURA; FONTES; FUKUJIMA, 2000), podendo atingir uma relação de 3:1. Por estes resultados, Frank e Mühlen (2007) consideram o sexo um fator predisponente, o que seria devido à “menor força muscular, menor amplitude da mão e maior ocorrência de hiper mobilidade articular entre mulheres [...]” (p. 191).

Considerações finais

Os resultados encontrados neste estudo sugerem desconforto e dor bastante frequentes entre a população de músicos da região do ABCD. Distribuímos 122 questionários a todos os músicos presentes nos ensaios visitados. Desta população, 69 responderam, apresentando uma porcentagem de 93% (64) de ocorrência de queixas. Mesmo que os que não responderam não apresentassem nenhuma queixa, estes 64 representam aproximadamente um quarto dos cerca de 250 músicos da região. A convivência com as queixas do sistema musculoesquelético parece fazer parte do cotidiano de muitos músicos e estes prosseguem em suas atividades profissionais com elas e apesar delas, como em outras categorias profissionais.

O profissional de saúde envolvido com a saúde dos trabalhadores deve estar atento às características deste trabalho, determinantes tanto dos riscos de adoecimento como do fracasso dos tratamentos. A busca de excelência artística, os constrangimentos induzidos pelas diferentes situações de trabalho às quais ele deve atender, a avaliação do próprio músico sobre suas queixas e seu significado devem ser objeto de reflexão para o profissional da saúde que quer não apenas “curar” um paciente, mas compreender o processo de adoecimento e prevenir novos agravos à saúde.

Os distúrbios musculoesqueléticos ocupacionais, de causas multifatoriais, exigem do profissional uma abordagem ampla, que vá além dos aspectos técnicos de tratamento do quadro físico e sintomático. Como para outras categorias, é necessário que se faça uma anamnese ocupacional detalhada dos músicos, bem como o levantamento de características do ambiente e do ritmo de trabalho, e de variações ligadas ao instrumento, ao exercício profissional, a características individuais. Estes aspectos podem estar envolvidos na instalação e desenvolvimento destas patologias e terão repercussões sobre o prognóstico e os resultados do tratamento.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi realizada graças ao financiamento da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, que concedeu bolsa de iniciação científica à discente e contratação em jornada da docente no ano de 2008. Agradecemos à colaboração de Marco Antonio Bussacos (Fundacentro) e Leandro Prearo (Inpes – USCS), pelo suporte estatístico, e à Dra. Leda Leal Ferreira (Fundacentro), pela grande amizade, incentivo e apoio.

Referências

ANDRADE, E. Q.; FONSECA, J. G. M. Artista-atleta: reflexões sobre a utilização do corpo na performance dos instrumentos de cordas. *PER MUSI – Revista Acadêmica de Música*, Belo Horizonte, n. 2, p. 118-128, jul./dez. 2000.

Os músicos que apresentam queixas devem ter em mente que a atuação precoce é a melhor forma de enfrentá-las, antes que evoluam para um estágio crônico. Isto envolve atenção aos vários aspectos envolvidos na produção dos sintomas. Do ponto de vista da prevenção, são necessárias ações em dois níveis, o individual e o coletivo. O ambiente de trabalho deve ser modificado sempre que se mostrar inadequado, com atenção especial aos aspectos físicos: as cadeiras usadas na orquestra, bem como estantes, condições de iluminação e visualização das partituras, o que inclui a própria qualidade destas (COSTA; ABRAHÃO, 2004). A modificação destes aspectos demanda um esforço do coletivo de músicos, e não ações individuais.

Individualmente, os músicos devem estar atentos a si próprios, de forma a identificar os períodos de sobrecarga devido ao conjunto de suas atividades. Os efeitos da vida sedentária sobre o sistema musculoesquelético, como a perda de flexibilidade, os desequilíbrios musculares (fraqueza, por exemplo, de abdominais e tensão aumentada dos músculos da região lombar) provocados por períodos prolongados na postura sentada, não devem ser minimizados. Hábitos de saúde e atividade física, especialmente alongamento e relaxamento dos músculos encurtados e ativação dos grupos musculares inativos, auxiliam na prevenção de distúrbios dolorosos.

Na presença de queixas prolongadas e incapacitantes, o músico deve buscar tratamento adequado junto a profissionais habilitados. O profissional da saúde deve refletir sobre como preparar os músicos (mas não só eles) para enfrentar um ambiente potencialmente hostil, auxiliando-os a estabelecer neste ambiente uma relação que lhes dê maior controle sobre as agressões ao sistema musculoesquelético, reduzindo seus efeitos. Não se trata de minimizar o impacto do ambiente de trabalho ou de relações sociais de emprego, rendimentos e acesso a serviços de saúde sobre o bem-estar individual, mas da busca de uma intervenção de prevenção primária (esta quimera que perseguimos) que desperte a consciência corporal, a atenção ao gesto e ao movimento e que contribua para que os músicos mantenham-se no controle de suas condições de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao

- trabalho (DORT). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 103)
- COSTA, C. P. *Quando tocar dói: análise ergonômica de violistas de orquestra*. 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.
- COSTA, C. P.; ABRAHÃO, J. I. Quando tocar dói: um olhar ergonômico sobre o fazer musical. *PER MUSI – Revista Acadêmica de Música*, Belo Horizonte, n.10, p. 60-79, jul./dez. 2004.
- DEBÈS, I.; SCHNEIDER, M. P.; MALCHAIRE, J. Les troubles de santé des musiciens. *Medicine du Travail et Ergonomie*, v. 40, n. 3, p. 109-122, 2003.
- FRANK, A.; VON MUHLEN, C. A. Queixas musculoesqueléticas em músicos: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 188-196, maio/jun. 2007.
- HEMING, M. J. E. Occupational injuries suffered by classical musicians through overuse. *Clinical Chiropractic*, New York, v. 7, n. 2, p. 55-66, June 2004.
- KUORINKA, I.; FORCIER, L. (Eds). *Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention*. New York: Taylor & Francis, 1995
- MOURA, R. C. R.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M. M. Doenças ocupacionais em músicos: uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 103-107, 2000.
- OSTWALD, P. F. et al. Performing arts medicine. *The West Journal of Medicine*, United States, v. 160, n. 1, p. 48-52, Jan. 1994.
- PEDERIVA, P. L. M. *O corpo no processo ensino-aprendizagem de instrumentos musicais: percepção de professores*. 2005. 263 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005.
- PINHEIRO, F. A.; TROCCOLI, B. T.; CARVALHO, C. V. Validação do questionário nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 307-312, jun. 2002.
- PRADO, N. J. *Avaliação da atividade de músicos de orquestra através da análise ergonômica do trabalho*. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia)-Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006.
- ROYSTER, J. D.; ROYSTER, L. H.; KILLION, M. C. Sound exposures and hearing thresholds of symphony orchestra musicians. *The Journal Acoustic Society of America*, United States, v. 89, n. 6, p. 2793-2803, jun. 1991.
- SCHUMAN, J. S. et al. Increased intraocular pressure and visual field defects in high resistance wind instrument players. *Ophthalmology*, United States, v. 107, n. 1, p. 127-133, Jan. 2000.
- TRELHA, C. S. et al. Arte e saúde: frequência de sintomas músculo-esqueléticos em músicos da orquestra sinfônica da Universidade Estadual de Londrina. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 25, n. 1, p. 65-72, jan./jun. 2004.
- ZAZA, C. Playing-related musculoskeletal disorders in musicians: a systematic review of incidence and prevalence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, Canadá, n. 158, v. 8, p. 1019-1025, Apr. 1998.
- ZAZA, C.; CHARLES, C.; MUSZYNSKI, A. The meaning of playing-related musculoskeletal disorders to classical musicians. *Social Science & Medicine*, England, v. 47, n. 12, p. 2013-2023, Dec. 1998.

O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia*

Fernando Donato Vasconcelos¹

Workers with disability and process for their inclusion in the labor market in Salvador, Bahia, Brazil

¹ Ministério do Trabalho e Emprego.

* O trabalho foi atualizado a partir da tese de doutoramento em Saúde Pública *Ironias da desigualdade: políticas e práticas de inclusão de pessoas com deficiência física*, apresentada e aprovada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 2005. Versão em poster do artigo foi apresentada no Congresso Mundial de Saúde Pública, em Istambul, em 2009.

Contato:

Fernando Donato Vasconcelos
Ministério do Trabalho e Emprego
Departamento de Segurança e Saúde
no Trabalho – DSST
Esplanada dos Ministérios
Bloco F – Anexo – Sala 145
Brasília – DF
CEP: 70059-900
E-mail:
fdvasconcelos@gmail.com

Resumo

O autor analisou políticas e práticas de inclusão da pessoa com deficiência física no mercado de trabalho em Salvador, Bahia. Considera que a deficiência é, acima de tudo, um produto social, e que as estratégias de inclusão no trabalho adotadas no Brasil são insuficientes, não levando em conta aspectos relevantes do complexo mundo do trabalho e dos sujeitos envolvidos. Foram realizadas, em 2003, entrevistas semiestruturadas com 22 deficientes físicos, 6 chefes e colegas desses trabalhadores com deficiência, assim como 7 técnicos e dirigentes de instituições relacionadas à deficiência, totalizando 35 entrevistas. Foram feitas revisão de documentos e estatísticas e visitas a instituições. O autor constatou que o sistema de cotas de emprego tem se destacado principalmente pela discussão que traz sobre o tema do direito ao trabalho das pessoas com deficiência. Identificou que as estratégias e práticas de inclusão estão marcadas por situações que denomina de “ironias da desigualdade”, como, por exemplo, a ameaça de chefes a empregados, obrigando-os a tratar os “deficientes” como “normais”, a visão da deficiência como virtude, por facilitar o acesso ao emprego, e a utilização do deficiente como exemplo de “bom trabalhador” e fator de disciplinamento, em razão da sua superação de limites.

Palavras-chave: pessoas com deficiência; saúde do trabalhador; iniquidade social; trabalho; políticas públicas.

Abstract

The author analyzes inclusion policies and practices for workers with disability within the labor market in Salvador, Bahia, Brazil. Disability is above all a social product, and work inclusion strategies adopted in Brazil are inadequate as they do not take into account relevant aspects of the world of labor and of the actors involved in it. In 2003, thirty five interviews were conducted with 22 workers with physical disability, six of their superiors and co-workers, and seven professionals and leaders of institutions concerned with workers' disability. Specific legislation and employment statistics were analyzed, and institutions were visited, evidencing that the quota system for employment is not sufficient to ensure reasonable number of jobs for workers with disability. The author identified that inclusion strategies and practices are marked by situations that could be called “inequality ironies”, as, for example, the fact that superiors at work compel employees to treat “persons with disability” as “normal people”; that disability is considered as a “virtue”, as it facilitates job access; that workers with disability are used as examples of “good workers” and discipline, due to their ability to overcome limitations.

Keywords: people with disabilities; occupational health; social inequality; work; public policies.

Recebido: 22/06/2009
Revisado: 19/03/2010
Aprovado: 23/03/2010

Introdução

Não é a existência de uma lesão ou da incapacidade que faz com que uma pessoa seja deficiente, mas, sim, a forma como a sociedade possibilita meios para sua inclusão e para garantir o seu “direito de estar no mundo”. Todavia, especialmente na definição de políticas públicas, tem-se verificado que a deficiência “presupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões” (DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2007).

A concepção da sociedade enquanto um mercado de trabalho é um dos elementos centrais da crescente exclusão social (DRACHE, 2004), que atinge expressivos segmentos da sociedade, geralmente com pouca representação política e raras oportunidades de acesso ao trabalho. Tal exclusão se expressa, ainda, em barreiras culturais, educacionais, étnicas, econômicas e arquitetônicas, criando restrições por: classe, gênero, raça, religião, ideologia e capacidade física ou mental.

Ao estudar a inserção de pessoas com deficiência no trabalho, Costa (2001a) afirma que a condição humana é duplamente negada a este trabalhador, pois, antes mesmo de acessar o mercado, são-lhe criados obstáculos para se inserir no mundo do trabalho, pois, supostamente, faltar-lhe-iam a competência e a habilidade, consideradas imprescindíveis pelo capital.

É frequente que o adolescente ou o jovem com deficiência trace “projetos de futuro” menos ambiciosos ao se deparar com as restrições de ingresso no mercado de trabalho (BASTOS, 2002), o que é particularmente importante nessa fase da vida, pois o trabalho pode ser um meio da pessoa com deficiência desenvolver um sentimento de “pertencimento” à sociedade, aumentando sua autoestima e sua segurança no enfrentamento das barreiras sociais (COSTA, 2001b).

Quem não tem “alguma capacidade especial” está condenado à exclusão (BAUMAN, 2003). A elaboração de políticas denominadas afirmativas visa permitir o acesso de uma minoria excluída ao trabalho e é uma forma de reduzir os efeitos de tal sistema de desigualdade. A política de inclusão de pessoas com deficiência no trabalho, no Brasil, seguindo uma tendência mundial, baseia-se na obrigatoriedade de um sistema de cotas e tem tido resultados importantes, não tanto em relação ao número de pessoas que obtêm o emprego formal, mas na discussão do tema do direito ao trabalho dessas pessoas.

A reserva de cotas para deficientes surgiu primeiramente na Áustria, na Alemanha, na França e na Itália para atender acordos após a I Grande Guerra e recomendações da recém-criada Organização Internacional do Trabalho (OIT), assegurando certa percentagem de postos de trabalho para veteranos de guerra deficientes. Havia um sistema de penalidades para aqueles que não as cumprissem. Posteriormente, as cotas passaram a incorporar pessoas acidentadas no trabalho e, após a II Grande Guerra, Reino Unido, Holanda, Irlanda,

Bélgica, Grécia e Espanha adotaram sistemas de cotas mais amplos, abrangendo outros tipos de deficiência (METTS, 2000).

Tal ampliação trouxe também desgaste para o sistema, porque cresceu muito a demanda por esse tipo de emprego protegido e muitas empresas não tinham condições de absorver todos os tipos de deficiência sem o apoio do Estado, em razão do que as penalidades passaram a ser desacreditadas. Outro problema também referido em relação ao sistema de cotas foi o fato de trabalhadores bem qualificados, porém deficientes, serem discriminados por terem ingressado através da cota.

Na última década do século XX, o Reino Unido deixou o sistema de cotas, enquanto Holanda, Portugal, Irlanda, Bélgica, Alemanha e França reformaram os seus sistemas. Atualmente, contudo, o sistema de cotas ainda persiste em metade da União Europeia e muitos países emergentes em todo o mundo passaram a adotá-lo (METTS, 2000).

Os Estados Unidos não adotam o sistema de cotas, mas a sua norma antidiscriminatória (ADA – *Americans with Disabilities Act*), criada há mais de duas décadas, abrange outros aspectos dos direitos civis, além do direito ao trabalho (FRANCIS; SILVERS, 2000), uma vez que foi fortemente influenciada pelos movimentos sociais da década de 1960, naquele país.

Embora já houvesse iniciativas anteriores e as normas constitucionais de 1988, o sistema de cotas para trabalhadores com deficiência no Brasil foi delineado a partir de dezembro de 1991, com a promulgação da Lei 8.213, que tratou dos benefícios da previdência social e incluiu, no seu artigo 93, que as empresas com 100 ou mais empregados passavam a ser obrigadas a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência habilitadas, 2% na faixa de 100 a 200 empregados; 3%, de 201 a 500 empregados; 4%, de 501 a 1000 empregados e 5% nas empresas com mais de 1.000 empregados.

Sabe-se que esse sistema de cotas em nosso país não tem possibilidade de assegurar emprego para todas as pessoas com deficiência que querem trabalhar. Estas são contadas em muitos milhões, enquanto que as vagas resultantes das cotas são pouco mais de 500 mil, situadas principalmente nas empresas com mais de 1.000 empregados.

Ademais, a implementação de tal política afirmativa é um desafio complexo, pois diz respeito a vários aspectos do mundo do trabalho e dos sujeitos envolvidos.

Origina-se de Aristóteles (1979) a formulação do princípio de “tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que eles se desigualem”, recuperado entre nós por Barbosa (1949), que adicionou que “tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real”. As políticas afirmativas seguem esta lógica de promover a igualdade real.

Para Rioux e Zubrow (2001), os estudos que analisam a deficiência como uma questão social têm algumas características comuns: assumem que a deficiência não é inerente ao indivíduo, independentemente da estrutura social; dão prioridade a aspectos políticos, sociais e ambientais; reconhecem a deficiência mais como uma diferença do que como uma anomalia; tratam da inclusão das pessoas com deficiência como uma responsabilidade pública e não como uma questão do âmbito individual; destacam as condições sociais, ambientais e econômicas como ponto primário de intervenção.

Neste artigo, o autor, considerando a insuficiência das estratégias de inclusão no trabalho adotadas no Brasil (FRANCA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008), propõe-se a identificar e analisar em que medida as políticas de obtenção, garantia e progressão de trabalhadores com deficiência física os tem incluído no mundo do trabalho, reservando atenção especial ao sistema de cotas de emprego enquanto estratégia principal das políticas públicas. Para tanto, busca conhecer e analisar a trajetória dessas pessoas até conseguirem o emprego e as suas relações de trabalho, verificando como esses trabalhadores veem as políticas das empresas na seleção, incorporação, manutenção e progressão das pessoas com deficiência, bem como as medidas para adequação das barreiras físicas, sociais e culturais existentes.

Procedimentos metodológicos

O presente artigo origina-se, em parte, da tese de doutoramento do autor. Caracteriza-se, neste particular, como um estudo exploratório.

Inicialmente, pretendeu-se estudar um banco público e a trajetória de vida dos trabalhadores residentes em Salvador (Bahia) e em cidades próximas que ingressaram através de vagas para deficientes no último concurso da instituição, que admitiu, na Bahia, 9 pessoas pelo sistema de cotas.

Após realizar algumas entrevistas no banco, foi possível concluir que conhecer a realidade de uma só empresa não ampliaria muito a visão do objeto que se buscava, restringindo-se à aplicação da política de emprego em uma empresa pública. O campo de estudo estendeu-se, então, para uma rede de supermercados de Salvador, que chegou a ter 44 pessoas portadoras de deficiência no ano de 2002.

Em seguida, chegou-se à conclusão de que seria preciso ir além da comparação entre duas empresas e seus empregados, que seria preciso conhecer outras situações de vínculo empregatício, o que levou o autor a buscar um grupo de empregados terceirizados nos Correios. Ao mesmo tempo, percebeu-se que não eram apenas as políticas públicas e as práticas das empresas que se deveria estudar, mas também as estratégias das pessoas com deficiência na busca do trabalho e da inclusão. Surgiu, então, a possibilidade de incluir uma juíza, ocupante de uma carreira diferenciada do Estado. Para conhecer a realidade de trabalhadores sem a inter-

mediação de uma organização, foi incluído um casal de comerciantes e profissionais liberais.

Para maior aproximação com a questão da inclusão das pessoas com deficiência, foram feitas visitas a instituições de Salvador, relacionadas ao tema, de modo a verificar também o grau de mobilização das pessoas com deficiência e o processo de capacitação para o trabalho. Foram realizadas visitas à Associação Baiana de Cegos (ABC), à Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos do Estado de Bahia (Apada), à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador (Apae), à Associação Baiana de Deficientes Físicos (Abadef), ao Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências (CRPD), ao Instituto Pestalozzi da Bahia e à Coordenadoria de Apoio ao Portador de Deficiência da Prefeitura Municipal de Salvador (Codef). Nessas instituições foram entrevistados seis técnicos e dirigentes. Posteriormente, foi entrevistado um dirigente de entidade de deficientes visuais para complementar dados sobre o mercado de trabalho, uma vez que este atuava em projeto apoiado pelo Ministério do Trabalho.

Por fim, a população de estudo foi constituída de 35 pessoas: 22 trabalhadores com deficiência, 6 chefes ou colegas de trabalho desses deficientes e 7 técnicos ou dirigentes de instituições relacionadas à deficiência.

O processo de coleta foi realizado no ano de 2003 com a colaboração de uma estudante de Psicologia, com experiência e devido treinamento, utilizando-se roteiros de entrevista semiestruturada, desenvolvidos a partir de modelo elaborado por Costa (2001a). No decorrer da coleta, flexibilizou-se um pouco mais o uso dos roteiros, permitindo um maior enriquecimento dos depoimentos à medida que os entrevistados não se sentiam presos a uma determinada questão. As 6 entrevistas com técnicos e dirigentes, realizadas nas instituições, foram baseadas em um roteiro específico sobre as atividades e características dessas entidades.

As entrevistas foram gravadas ou anotadas. Os seguintes tópicos foram abordados na entrevista com os deficientes: a) nascimento e infância (data de nascimento, número de irmãos mais velhos ou mais novos, idade dos pais, onde passou a infância, brincadeiras, amigos, escola); b) adolescência (amigos, escola, namoros); c) família (maiores vínculos, situação financeira, apoios); d) trabalho (profissionalização, experiências anteriores); e) deficiência (se adquirida, principais mudanças na vida, nos projetos pessoais, nas relações sociais e afetivas, participação em movimentos sociais); f) experiência de trabalho atual (mudanças na vida, relação com amigos e colegas, análise crítica e acessibilidade).

O **Quadro 1** apresenta dados relativos aos 22 deficientes físicos entrevistados, dentre os quais: trabalhadores de banco, supermercado, terceirizados numa empresa estatal (Correios), dois comerciantes, juíza, professor e psicóloga. A mediana de idade das pessoas com deficiência entrevistadas foi de 33 anos, variando de 24 a 53 anos. Dentre os admitidos pelo sistema de cotas, tal mediana é um pouco menor (31,5), sendo que neste grupo a mediana entre as mulheres (31,5) é maior

que entre os homens (30,5). Em relação ao gênero, 46,3% das mulheres obtiveram trabalho pelo sistema de cotas, proporção que, entre os homens, ficou em 44,4%. O quesito ocupação, como visto, foi diretamente influenciado pelo processo de escolha da população de estudo.

À exceção de um bancário que trabalha e mora na região de Feira de Santana, todos os entrevistados residiam em Salvador e seus locais de trabalho eram lojas de uma rede de supermercados, agências de um banco público, a agência central dos Correios, o Poder Judiciário, uma faculdade privada, um consultório e uma pequena loja.

As atividades profissionais exercidas foram as seguintes: 4 escriturários em banco público; 8 auxiliares administrativos (7 como terceirizados nos Correios e 1 num supermercado); 1 professor universitário; 4 operadoras de caixa de supermercado, uma das quais recém-aposentada por invalidez; 1 operador de computador (em supermercado); 2 comerciantes (pequenos empresários); 1 psicóloga (autônoma); 1 juíza.

Foram ainda entrevistados 6 chefes e colegas desses trabalhadores com deficiência, assim como 7 técnicos e dirigentes de instituições relacionadas à deficiência, totalizando 35 entrevistas. Não foi elaborado um quadro-resumo referente a estes entrevistados tal como o **Quadro 1** relativo às pessoas com deficiência.

As entrevistas com os chefes e os colegas de pessoas com deficiência abordaram os seguintes tópicos: a) tempo que chefiou/trabalhou com as pessoas com deficiência; b) experiência anterior de trabalho com pessoas com deficiência; c) como percebia o desempenho profissional das pessoas com deficiência em relação aos demais colegas; d) como se dava a relação de trabalho; e) oportunidades de manutenção e progressão no emprego das pessoas com deficiência; f) medidas adotadas pela empresa para adequação das barreiras físicas, sociais e culturais que pudessem dificultar a incorporação das pessoas com deficiência; g) medidas que devem ser adotadas pelas políticas públicas para a inclusão no trabalho.

Quadro 1 Dados pessoais dos entrevistados com deficiência física

<i>Pseudônimo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Admitido devido à política de cotas</i>
Ademar	M	26	Escriturário	Banco	X
Ana Maria	F	29	Auxiliar administrativo	Correios	
Beatriz	F	31	Operadora de caixa	Supermercado	X
Carla	F	30	Auxiliar administrativo	Supermercado	X
Cícero	M	40	Escriturário	Banco	X
Cintia	F	53	Juíza	Governo Federal	
Daniela	F	43	Comerciante	Pequeno empresário	
Djalma	M	33	Operadora de computador	Supermercado	X
Egídia	F	36	Auxiliar administrativo	Correios	
Eliana	F	29	Operadora de caixa	Supermercado	X
Eraldo	M	49	Comerciante	Pequeno empresário	
Ivana	F	34	Operadora de caixa	Supermercado	X
José Américo	M	25	Auxiliar administrativo	Correios	
Jussara	F	52	Psicóloga	Autônomo	
Larissa	F	46	Auxiliar administrativo	Correios	
Nelma	F	46	Operadora de caixa (aposentada por invalidez)	Supermercado	X
Oscar	M	28	Escriturário	Banco	X
Paulo	M	38	Psicólogo	Professor	
Sandro	M	24	Auxiliar administrativo	Correios	
Sérgio	M	33	Auxiliar administrativo	Correios	
Silvana	F	31	Auxiliar administrativo	Correios	
Suzana	F	32	Escriturária	Banco	X

Nas entrevistas com lideranças de entidades relacionadas às pessoas com deficiência, foram abordados os seguintes itens: a) medidas que as empresas precisam tomar para adequação das barreiras físicas, sociais e culturais; b) políticas públicas e inclusão no trabalho das pessoas com deficiência; c) diferenças de oportunidades de seleção, incorporação, manutenção e progressão na carreira; d) sistema de quotas; e) habilitação profissional pelas entidades não governamentais. E, nas visitas às instituições da área, foram verificados, dentre outros, os seguintes aspectos: tipo de instituição; instalações; horário de funcionamento; fonte de financiamento; perfil da clientela-alvo; atividades associativas e assistenciais desenvolvidas; atividades relacionadas à integração no mercado de trabalho.

O autor obteve um termo de consentimento com informações de todos os entrevistados e os nomes destes foram alterados de modo a preservá-los. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Os textos originados da degravação das entrevistas foram analisados com base em categorias que visaram abranger aspectos relacionados à vida familiar, ao corpo e à identidade, ao trabalho como fator de inclusão, às relações no trabalho e à acessibilidade. A análise do discurso levou em conta ainda as informações coletadas nas instituições visitadas e a experiência do autor na avaliação médica de trabalhadores com deficiência.

Foram selecionados trechos das entrevistas que melhor ilustravam a concepção mais prevalente em relação a cada uma das questões. Não foi feita a correção gramatical nos depoimentos citados no texto, mantendo-se, quanto possível, a transcrição literal das falas.

Foram revisadas as convenções e os programas dos organismos internacionais e os documentos legais e de políticas públicas do Brasil. Para desenvolver sua análise, os arquivos foram organizados por tipo e origem, foram elaboradas fichas de leitura e identificadas com termos ou palavras-chave, anotando-se observações ou comentários sobre as questões relacionadas à inclusão de pessoas com deficiência no trabalho.

Foram ainda analisadas as estatísticas de emprego, disponibilizadas pelo Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho (PDET) do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2009).

Trabalho como meio de inclusão

Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2009), os trabalhadores com deficiência ocupam menos de 1% dos empregos formais no Brasil. O que significa que avançamos pouco em relação ao necessário.

Em relação ao sistema de cotas, vê-se que as empresas com mais de 100 empregados, que representam cerca de 10% do total de empregos no país, têm ampliado

os vínculos formais de trabalhadores com deficiência, número que chegou a 74,96% (261.458) dos 348.818 trabalhadores com deficiência, com vínculo formal em 2007. Em 2000, essa proporção era de 69% dos trabalhadores que estavam nas empresas com mais de 100 empregados. Tal distribuição não se faz de maneira linear nas empresas obrigadas a cumprir a cota, algumas delas superam as cotas legais e outras ficam abaixo, enquanto que as maiores empresas cumprem menos a cota do que aquelas que possuem entre 100 e 500 empregados (BRASIL, 2009).

Dados do Ministério do Trabalho registram que, em 2002, a Bahia tinha 28.155 pessoas com deficiência empregadas, o que representava 2,4% dos trabalhadores formais no estado. Em anos recentes, as empresas baianas informaram, em relação às cotas para pessoas com deficiências, a contratação de 720 trabalhadores em 2006 (6,32% do total nacional de contratações nas cotas), 837 trabalhadores em 2007 (6,91%) e 684 trabalhadores em 2008 (6,21%). Esses dados revelam que o estado tem tido um número de contratações acima da média nacional, todavia não permitem afirmar se são vagas novas ou simples substituição de trabalhadores com deficiência, que já estavam no mercado formal.

No presente estudo, todos os entrevistados conhecem a política de cotas e a maioria considera que é uma iniciativa importante para ampliação do mercado de trabalho para as pessoas com deficiência, todavia, alguns apontam críticas ou identificam a necessidade de medidas complementares. Alguns dos depoimentos selecionados demonstram, a seguir, como persiste importante controvérsia sobre a política.

Larissa, terceirizada nos Correios, em vaga que não foi criada pelo sistema de cotas, surpreende ao afirmar que agradece por ter a seqüela de poliomielite que traz desde a infância, pois, “graças a ela” conseguiu o atual emprego:

Agradeço ter tido essa deficiência, porque diante da lei, do mundo de hoje, que nós vivemos, é obrigatório que a gente, como portador de necessidades especiais, que atua no mercado de trabalho, então me sinto até gratificada por isso, porque antes, como eu tinha complexo, me sentia assim inferior. Hoje me sinto até, de uma certa forma, superior, porque posso trabalhar. Eu tenho direito. (Larissa)

A deficiência é a condição que lhe deu acesso ao emprego e, portanto, é vista como positiva para a sua vida. Não se trata de um “orgulho de ser deficiente”, nem da utilização da deficiência como se fosse uma arma, mas do fato da deficiência ter sido sua compensação pela desvantagem que tem por conta da posição social e do gênero. Ironicamente, aquilo que era defeito torna-se virtude para ela.

A questão de fundo, todavia, é o conceito de justiça que deve prevalecer em nossa sociedade: distributiva (que se baseia na igualdade) ou meritocrática (que premia ou castiga o desempenho individual).

Em última instância, a emancipação de grupos discriminados se dará plenamente com a emancipação da

própria sociedade, que os constitui enquanto problema social (MARX, 1968), o que, evidentemente, não deve ser justificativa para que não sejam buscadas medidas transitórias e avanços parciais.

Segundo Rawls (1997), para que tenhamos uma sociedade mais justa, é preciso que haja justiça com equidade, ou seja, garantindo proteção especial do Estado às minorias e àqueles que estão em desvantagem. Embora se baseie na suposição de um “homem racional” e moral, numa “sociedade de cooperação social” entre pessoas livres e iguais, traz elementos essenciais para que se desenvolvam políticas de inclusão.

Silvana, terceirizada dos Correios, afirma que houve ampliação no mercado de trabalho para pessoas com deficiência e atribui isso ao sistema de cotas:

Antes os deficientes não podiam trabalhar porque iam pra as empresas pedir emprego e eles fechavam a porta, mas agora, com essa lei, eles não podem mais fechar a porta pro deficiente.

Eliana, caixa do supermercado, tem opinião semelhante: “eu acho que, se não tivesse essa lei, ia ser bem mais difícil a inclusão do deficiente no mercado de trabalho”.

Sérgio, terceirizado dos Correios, argumenta que o processo é demorado, pois, para ele, as empresas ainda não estão preparadas para receber as pessoas com deficiência e não as aceitam por preconceito. Acha que, aos poucos, as empresas estão se adequando porque são fiscalizadas e, com isso, as pessoas com deficiência mostrarão que são tão “capazes quanto qualquer outra pessoa normal”. Mas critica as empresas que tentam burlar a lei, incluindo como deficientes “até com pessoas que têm pressão alta”. Sucessivas regulamentações têm buscado evitar lacunas na legislação, evitando que as empresas possam contratar, nas cotas, trabalhadores que não são legalmente caracterizados como pessoas com deficiência.

Oscar, que tinha dificuldade em conseguir emprego antes de ingressar por concurso no banco, defende o sistema de cotas, mas diz que não basta obrigar as empresas a terem vagas, é preciso adotar várias outras medidas:

Deve ter também o cuidado de ver se o deficiente está tendo acesso à educação. Não basta apenas, sendo deficiente, existir a cota de 5%, é preciso ver se tenho escolaridade pra isso, se tive a oportunidade de chegar até a escola. A gente sabe que existe passe pra deficiente físico pegar um ônibus e não precisar pagar o transporte. Mas às vezes é complicado pra ele descobrir um ônibus onde ele possa ser levado pra escola. Ou descobrir uma escola que ele possa estudar e que tenha facilidade de acessar, porque tem elevador em shopping, tem elevador em hotel, mas é difícil uma escola que tenha. Então, antes de você se preocupar em colocar o deficiente no mercado de trabalho, tem que preparar ele para o mercado de trabalho, e isso eu acho que está faltando. (Oscar)

É interessante observar que Oscar destaca as dificuldades de acesso à educação mesmo tendo, ele, sido aprovado num concurso para o qual se exigia o mínimo

de 2º grau completo, o que, por si só, já eliminou grande parte das pessoas com deficiência sem acesso à educação formal.

Marcelo, 44 anos, chefe imediato de Oscar, opina que as cotas são uma necessidade temporária, enquanto não há uma “evolução educacional, de cabeça”, no país.

Carla não ingressou como deficiente no supermercado, tendo sido incorporada na lista posteriormente à regulamentação das cotas, porque “a empresa precisava cumprir a lei”. Ela fala com entusiasmo e pouca crítica da possibilidade do sistema de cotas ampliar o mercado de trabalho:

É muito bom, é muito prazeroso saber que pessoas que estão ali, sem esperança, vão conseguir alguma coisa, alguém [que] olhe por elas, saber que a empresa está olhando por elas e querem aproveitar elas de alguma forma.

Djalma, que trabalha como operador de computador na mesma loja de Carla, fala que: “nunca me considereei ou me consideraram deficiente. A loja estava com dificuldade de completar o número mínimo de deficientes e como disse que tenho uma diferença de uma perna pra outra, eu fui examinado pelo médico”, revelando que vagas são ocupadas por pessoas que não apresentam deficiência ou incapacidade, caracterizando mais um exemplo de burla à legislação.

O depoimento de Luciano, gerente de Recursos Humanos da rede de supermercados, que já tinha experiência anterior em contratar pessoas com deficiência em outra empresa, apresenta dados que demonstram que o supermercado já empregava pessoas com deficiência desde 1996, antes da regulamentação da lei das cotas: “Já tínhamos uma cota moral, agora temos que atingir essa meta”. Luciano aponta a ação como de importante cunho social por parte da empresa, dentro da qual “sempre procurei trabalhar, contratar muito mais que as pessoas que as cotas nos propunham”, mas admite que nem sempre consegue manter as pessoas na loja.

Apesar da sua posição gerencial superior e de ter facilitado, de diferentes formas, o acesso do autor ao supermercado, sua autorização não impediu que uma supervisora criasse dificuldades e censurasse a entrevista com uma das trabalhadoras com deficiência, sem razão aparente a não ser a defesa da empresa perante uma entrevista que, a seu ver, poderia prejudicar os empregadores.

Marcos, 40 anos, chefe de várias operadoras de caixa de uma das lojas do supermercado, diz que a cota poderia ser até maior, mas, contraditoriamente, afirma que não gosta de cota, porque é uma forma de discriminar: “pra mim todas as pessoas são iguais, o espaço deveria ser aberto independente de cota”. Falando do bom relacionamento e do desempenho de trabalhadores com deficiência, Marcos afirma que “por ter passado essa experiência com essas pessoas boas, acho que não deveria haver cota, independente de cota ou não, esse pessoal deveria ser aproveitado nas empresas”, defendendo, assim, o sistema de méritos, que, como vimos, não garante a equidade.

Paulo, professor, é crítico em relação à efetividade das cotas, cita o exemplo do hospital onde trabalhou, no qual não havia cotas e afirma que:

A maioria das leis no Brasil em relação à deficiência não são cumpridas. Essa coisa simples do percentual, poucas empresas fazem. Eu acho que sou o único professor deficiente aqui na universidade, e olha quantos professores.

A crítica de Paulo quanto ao não cumprimento da legislação se evidencia no fato de que a unidade de saúde que menciona é um hospital público de reabilitação que chegou a ter mais de 700 empregados e apenas ele apresentava deficiência.

Embora defenda o sistema de cotas, Egídia, operadora de caixa do supermercado, diz que 5% é muito pouco e que “geralmente as empresas não botam ninguém”. “Devia ter concurso só pra deficientes.” Contradizendo-se, todavia, defende que: “Deviam aposentar as pessoas com deficiência grave, dar muleta, cadeira de rodas [...]”. Nelma afirma que a lei não vai garantir proteção, mas “é um meio de facilitar, porque nem toda empresa quer deficiente trabalhando, não”. A história de trabalho dela chama atenção para a questão da proteção no trabalho das pessoas com deficiência: ingressou, com deficiência nos membros inferiores, no trabalho de operadora de caixa num supermercado e ali desenvolveu tendinite de membros superiores, em razão do que foi aposentada por invalidez.

Ana Maria, que trabalha nos Correios, preferia que não houvesse a necessidade do sistema de cotas. Para ela, defendendo o sistema de méritos, “se não olhassem o físico, mas sim o desempenho nas provas ou entrevistas, era uma maneira melhor de oferecer oportunidades sem discriminar”.

Jussara, colega de Ana Maria, vê a cota como discriminação: “É uma forma de entender que o deficiente não tem condição de enfrentar uma competição com os outros, está ajudando, mas também está discriminando”. Também José Américo, que não ingressou nos Correios pelo sistema de cotas, aponta a existência de discriminação no sistema de cotas:

Porque se você tem 50 deficientes que se inscrevem, que são mais capazes do que 50 pessoas que são normais, não têm deficiência, e você só pode colocar cinco das pessoas que são deficientes, eu acho que isso é uma discriminação muito grande.

Percebe-se aqui, novamente, que o argumento do mérito é o mais utilizado para contestar o sistema de cota, ignorando ou ocultando a situação real de desvantagem vivida pelas pessoas com deficiência.

Eraldo e Daniela, ambos pequenos comerciantes, defendem o sistema de cotas. Ele se entusiasma com a possibilidade de se garantir vagas para centenas de milhares de pessoas no país. Daniela pondera que muitos deficientes não querem trabalhar, “vivem em depressão, querem morrer, que não servem mais para nada”. Eraldo argumenta que isso acontece com deficiências mais

graves, como os paraplégicos, mas “tem muita gente que procura trabalho, por exemplo, os surdos-mudos e os cegos também”. Opina que os cegos sofrem mais preconceito do que os deficientes físicos: “Se não for numa carreira própria, num empreendimento próprio, acho que dificilmente eles arranjam emprego”.

Erasmus, que tem deficiência visual e é dirigente de uma associação, defende a reserva legal de vagas enquanto política afirmativa, que tem um papel de inclusão social a cumprir, mas conclui que ela é insuficiente, pois, ainda que estivessem garantidas todas as vagas previstas na lei, existem “as barreiras arquitetônicas, as barreiras urbanísticas, as barreiras sociais, a necessidade de capacitação”. Argumenta ainda que:

A lei peca no sentido de que “tem que colocar”, dá os percentuais, identifica os tipos de deficiência, mas não diz quem é que vai capacitar, porque tem uma demanda que é de baixa renda, de pouca escolaridade, que não tem capacidade de pagar um curso de capacitação, então essas pessoas vão continuar fora do mercado. (Erasmus)

Francisco, 41 anos, chefe imediato de Ademar no banco, acha que tem que se criar essas cotas: “não diria que pra corrigir [as desigualdades], mas pra que talvez com isso fizesse uma correção no futuro”.

Garantir as cotas é uma forma de reparação da sociedade com as pessoas que têm deficiência, defende Suzana:

Pessoas que não vão ter um outro tempo para recuperar, e talvez mesmo que a sociedade mude de uma hora pra outra, dê oportunidade a essas pessoas, e que coloque uma cidade acessível, escolas acessíveis, professores bem capacitados, uma reabilitação decente, quando essas pessoas estiverem aptas, talvez elas já estejam velhas, já passou o tempo delas, então eu vejo que é uma forma de reparação necessária para com essas pessoas. (Suzana)

Tendo ingressado no banco, em vagas reservadas no concurso para pessoas com deficiência, Suzana diz que ela, que tem tetraplegia, tem a vantagem de ter formação universitária, o que não acontece com a maioria das pessoas.

Tatiana, 34 anos, chefe imediata de Suzana no banco, ressalta, com relação à reserva de vagas, que:

Não foi uma coisa de consciência que a empresa resolveu [...] então, acho que quando não tem a consciência, você tem que realmente fazer meio obrigado. Se não fosse isso, o banco não abriria vaga pra ela, ela não teria feito o concurso. Eu acho que a vida dela melhorou muito depois que ela veio pra cá. (Tatiana)

Apesar das críticas ao sistema de cotas, não são oferecidas alternativas que não passem por políticas afirmativas, que permitam que, sem a garantia de direitos especiais, as pessoas com deficiência possam ingressar e se manter no mercado de trabalho. Contudo, percebe-se nos depoimentos que as cotas isoladamente têm pequena capacidade de sucesso, caso não estejam articuladas a outras políticas sociais.

O sistema de cotas, em si, encerra conflitos, porque envolve controvérsia na definição por parte de legisladores, médicos e gestores sobre quem é ou não deficiente. Cícero viveu intenso conflito após ser aprovado no concurso do banco e deixar o serviço de despachante numa empresa de ônibus: embora caracterizada sua deficiência física e considerado apto para o trabalho, sua admissão foi inicialmente recusada sem que lhe fossem formalmente explicados os motivos, a não ser uma informação verbal de que ele não era deficiente. Depois de ingressar com um recurso administrativo, outra avaliação foi feita e ele foi admitido, ficando a certeza de que foi discriminado, mas sobre o que prefere não mais falar.

Os órgãos normativos federais, ao longo dos anos, têm tentado tornar mais claros os critérios de caracterização como deficiente, processo que, obviamente, não será suficiente para eliminar os conflitos, dada a variação de conceitos de normalidade e deficiência.

O bom trabalhador deficiente

Desde a formação do capitalismo, para viabilizar a subjugação do trabalho ao capital, são elaborados mecanismos de controle do trabalhador. No início do século passado, os mecanismos de controle chegaram ao auge e os industriais utilizavam todas as formas para exaltar o “bom trabalhador”, aquele que dedicava todas as suas energias ao trabalho, evitando excessos em relação aos seus afetos e prazeres (TUMOLO, 2003).

Nos dias de hoje, a figura do “trabalhador-padrão” continua sendo utilizada como forma de controle e aumento da produtividade. É interessante observar que se uma pessoa com deficiência tem boa produtividade no trabalho, termina cumprindo esta função simbólica do “bom trabalhador”.

Todos os colegas e chefes entrevistados enfatizam o bom relacionamento e o bom desempenho que as pessoas com deficiência têm no trabalho. Embora considerem a deficiência um “problema”, destacam que essas pessoas são exemplos para as demais por conta do seu esforço de superação. Chega a ser uma ironia que o deficiente, antes símbolo da fragilidade, seja transformado em positivo vivo de disciplina e de controle do trabalhador.

Acho que pra todo mundo aqui [Suzana] é um exemplo, [porque] dá para a gente a força e coragem que ela tem. Porque ela podia estar em casa. Tudo pra ela é muito mais difícil, mas ela enfrenta. Sair de casa, para ela, é uma luta. E ela vem, ela enfrenta [...], então, às vezes a gente chega assim meio cansado ou de mau humor, aí eu lembro logo dela. “Como é pra ela sair de casa num dia de chuva, o transporte não veio, faz o quê?”, eu lembro que pra ela é muito mais difícil. Então eu acho que pra todo mundo aqui ela é um exemplo, e todo mundo pensa nisso com certeza. (Tatiana)

Nessa linha, Luciano, gerente de Recursos Humanos de supermercado, mesmo relutando em comparar as pessoas com deficiência com as demais, ressalta que eles têm “mais compromisso e maior poder de concentração”.

Francisco, chefe de Ademar no banco, diz que há com este um “elo de ligação”, até de amizade, “o pessoal inclusive o estima, acha ele um exemplo de pessoa. Todo mundo tem o maior respeito profissional por ele”. Dá ênfase a um fato com frequência mencionado de que as pessoas com deficiência, por terem poucas oportunidades, se apegam ao trabalho com mais abnegação: “Ele talvez seja o que mais procura se comprometer, muito mais do que muitos outros que não têm nenhuma deficiência”.

A relação entre as pessoas com deficiência e seus colegas e chefes, muitas vezes, é revestida de tensões próprias do estranhamento em relação ao desacreditado ou desacreditável, como refere Goffman (1988). Mesmo relacionamentos tidos como normais, como entre Suzana e sua chefe Tatiana, são permeados de cuidados, inseguranças e sutilezas:

É tranquilo o relacionamento aqui, e às vezes eu até procuro [...] ajudar sem melindrar a pessoa. Ela não diz o que está precisando. Eu me polio pra observar se ela quer alguma coisa, às vezes ela fica mais calada [...], essas coisas, e não diz nada. Hoje mesmo ela estava se sentindo mal. Eu percebo quando ela fica calada, porque ela não diz, ela não pede ajuda. (Tatiana)

Luciano fala sobre o estranhamento quando compara os deficientes físicos com os surdos que trabalham no supermercado, referindo a dificuldade que estes têm de manter um bom relacionamento com os colegas. Afirma que, por ter uma linguagem diferente, o surdo “tem um mundo totalmente diferente”:

Eles casam entre si, [com] algumas exceções, saem pra almoçar e [só] conversam entre si, então eu acho que eles é que sofrem este maior distanciamento, essa maior barreira. O deficiente físico não. O deficiente físico é totalmente engajado na vida profissional, tem amizades. (Luciano)

Lembra, porém, que, se o surdo não procura as outras pessoas, “a recíproca também é verdadeira, as pessoas que não têm deficiência também não procuram ele, dada a dificuldade do diálogo”, e completa que “a deficiência física nada impede”.

Marcos, chefe de operadores de caixa no supermercado, tem um discurso dubio de igualdade quando diz que todos no supermercado são tratados com igualdade e que “eles não são vistos como deficientes”, retificando em seguida que: “são deficientes, mas o grupo tem uma relação boa, não existe isso, aqui existe um respeito muito grande para com as pessoas, eles já são adaptados”.

O conceito de que os desiguais devem ser tratados desigualmente é de difícil assimilação no cotidiano. Isso está expresso no depoimento de Beatriz, chefiada por Marcos, ao confirmar que “aqui, todo mundo é tratado como igual” e que quando surgiu um boato de que as pessoas com deficiência corriam risco de demissão, “o chefe disse [que] a gente tem mais capacidade que uma pessoa normal, vocês não podem se considerar pior do que ninguém, vocês trabalham certo”. E conclui: “Então foi esclarecido isso, que a gente é igual a qualquer pessoa”.

A forma de garantir o respeito às pessoas com deficiência pode ser até através de ameaça aos demais trabalhadores: “Logo que eu fui admitida aqui, o chefe disse a gente que não aceitava que ninguém desfizesse da gente e que até um olhar estranho teria uma punição” (Beatriz).

O relato de Beatriz, além de novamente trazer a utilização do exemplo do bom trabalhador, revela outra ironia da desigualdade: o fato dos trabalhadores serem ameaçados de demissão para tratar os colegas sem discriminação e com igualdade.

Uma ação que proporcione às pessoas com deficiência melhores condições de inclusão no trabalho pode ser também vista como privilégio e produz tensão entre os trabalhadores:

Quando eu entrei aqui, tinha umas meninas que eu até parei de ter amizade, porque eu senti que elas acharam ruim que a gente já entrou como operadora, e elas eram empacotadoras, elas acham que elas deveriam passar pra operadora e a gente entrar como empacotadora. (Beatriz)

Ivana não admite a hipótese de que os colegas a tentem proteger e sente-se ofendida com isso: “Me proteger? Comigo eles sabem com quem estão bulindo”.

Marcelo, chefe de Oscar, diz que:

Profissionalmente, eu acho ele normal, igual aos outros colegas. O problema da dificuldade de locomoção que ele tem não afeta muito não, ainda mais que a função que ele tá exercendo é como caixa, ele não precisa caminhar muito.

O próprio Oscar conta que, no início, teve que enfrentar a “superproteção” dos colegas, mas:

Na convivência, a gente vai colocando as coisas em seus lugares, e se algum funcionário novo chega, até acha que tem determinadas coisas que eu não deveria estar fazendo, mas, no geral, acho que depois se acostuma comigo.

Para Cíntia, que não se valeu do sistema de cotas para ingressar na carreira de juíza, “o trabalho foi um fator determinante para o exercício pleno como pessoa e como cidadã, [pois] sem ele eu acho que eu não seria a pessoa completa que eu sou hoje”. Como magistrada, ganhou, além da capacidade econômica, o poder de “dizer o Direito”, uma particular “oportunidade de valorização pessoal e de elevação da autoestima”, como se a fragilidade de deficiente, repentinamente, se invertesse, transformando-se em força de grande valor simbólico.

Identidade e inclusão

Tentando encontrar uma identidade para controlar a expressão do seu corpo e acobertar sua deficiência, tornando-o, a seu ver, “mais aceitável”, o bancário Cícero construiu um sujeito metódico. Comportava-se quase como um militar e, tentando simular uma normalidade física, cultivava tórax e braços musculosos e pedalava até vinte quilômetros todo dia na sua bicicleta para “ninguém notar o defeito”.

A submissão do corpo à disciplina, ao controle do medo e da imagem, reorganizando hábitos e capacidades perceptivas, faz parte da busca do estereótipo masculino, como estudou Wacquant (2002) em relação aos lutadores de boxe e a sua gestão do “capital-corpo”.

O corpo percebido é, até naquilo que mais parece mais natural (seu volume, seu talhe, seu peso, sua musculatura etc.), um produto social, que depende de suas condições de produção, através de diversas mediações, tais como o tipo de trabalho e os hábitos alimentares. As classificações que vigoram em nossa sociedade fazem com que sejam permanentemente contrapostas as propriedades corporais, estabelecendo tipos dominantes e dominados: magro/gordo, grande/pequeno, elegante/grosseiro, leve/pesado, normal/deficiente etc. (BOURDIEU, 1999).

Fontes (2004) opõe duas categorias principais de corpos em nossa sociedade: o “corpo dissonante”, seja ele deficiente, velho, gordo ou doente, e o “corpo canônico”, ideal da sociedade de consumo, cheio de conotações estéticas e sensuais, produto e objeto de compra e venda.

Também neste sentido, idealizar ou discriminar o “bom trabalhador deficiente” é uma forma de excluí-lo de fato do processo de socialização e de enfrentamento das desvantagens impostas pela forma como a deficiência é tratada na sociedade.

A contribuição da família na construção de identidade, na organização de papéis, no estabelecimento de limites e na defesa através do apoio mútuo é essencial na trajetória de todos os entrevistados e encontra-se ali a primeira oportunidade de ser tratado como pessoa que tem capacidades e habilidades a serem reforçadas.

Uma das trabalhadoras com deficiência entrevistada, Silvana, cuja família tem um nível de educação formal maior que muitos dos entrevistados, relata sofrer acentuado grau de discriminação. Seu relato exemplifica como é complexa a construção desse suporte familiar, havendo necessidade de considerar elementos culturais, antropológicos e psicanalíticos.

O processo de inclusão envolve o indivíduo, a família, a sociedade e o Estado. Quando Nelma diz que sua mãe não queria que ela estudasse porque achava que não iria trabalhar ou mesmo casar, pois “um aleijado tinha que ser escondido da sociedade”, registra uma atitude ainda comum na sociedade, que não se resolve apenas pela reação do indivíduo, mas por uma política pública de estímulo à inclusão, que envolva famílias, instituições e pessoas com deficiência como principais protagonistas.

A repercussão da deficiência nos projetos de vida, nas relações afetivas e sexuais aparece em muitas das entrevistas realizadas. Os projetos e desejos são reorganizados dentro de uma nova relação com a sociedade, nos novos pactos de interdependência. Muitos podem ser reprimidos, mas não são eliminados.

Em relação à sexualidade na deficiência, Paulo destacou que “é um aprendizado totalmente novo e diferente”, “não tem muita coisa escrita para você aprender, você vai aprender no contato com outras pessoas, por tentativa e erro, nas falhas”. O tema da sexualidade é essencial na conquista da autoestima, mas tem sido pouco explorado nos estudos sobre a deficiência.

Por sua vez, a questão de gênero apareceu nas entrevistas em relação ao papel exercido pela mulher enquanto cuidadora, no preconceito relativo ao casamento da mulher deficiente, na dominação masculina presente mesmo quando marido e mulher apresentam a mesma lesão grave. Surge ainda no relato de Cícero, cuja masculinidade se expressa na sua extremada valorização do capital-corpo.

Na maioria das entrevistas aparecem indícios da questão de raça/etnia, o que não poderia deixar de se fazer presente numa cidade como Salvador, na qual 83% são afrodescendentes. O acesso à educação, ao trabalho e a bens e serviços em geral, essenciais para a definição da deficiência, tornam-se ainda mais difíceis quando se impõe a desvantagem racial. No caso da psicóloga Jussara, que recebe manifestações de solidariedade pelo fato de ter perdido um braço, mas é discriminada por ser negra, há uma clara demonstração de que a “opressão social” à pessoa com deficiência não pode ser analisada sem se levar em conta também a “opressão racial” marcante.

Nenhuma outra questão, entretanto, é mais mencionada que a acessibilidade, enquanto elemento essencial que fortalece a desigualdade de oportunidades. Este conceito, geralmente circunscrito à acessibilidade física, expressa a necessidade de termos uma cidade e uma sociedade em que todos tenham direito de ir e vir, de poder usufruir bens e serviços, de trabalhar etc. Mesmo a acessibilidade física já envolve uma série de restrições à pessoa com deficiência: para os que utilizam cadeiras de rodas e não podem transitar em passeios irregulares, para os deficientes visuais que se batem em telefones ou postes colocados no meio das calçadas ou para os deficientes auditivos, para os quais não há sinalização visual adequada no trânsito.

O direito à acessibilidade, em verdade, não torna uma sociedade verdadeiramente acessível a todos, mas minimiza as iniquidades existentes para as pessoas com deficiência, permitindo-lhes oportunidades até então inexistentes, abrindo espaços de autonomia e conquista de outros “direitos inacessíveis”.

A autonomia individual, para Doyal e Gough (1994), é composta de três elementos-chave: o grau de compreensão que a pessoa tem de si mesma; a capacidade psicológica que possui de formular opções para si mesma; e as oportunidades objetivas que lhe permitam dar sequência a essas opções.

Este terceiro elemento é justamente aquele mais susceptível de ser ampliado, pois é a possibilidade de se obter oportunidades de “romper as cadeias da sua

opressão”. A autonomia pode ser vista como uma necessidade básica dos indivíduos, mas também como um elemento de transformação, pois, a cada grau de autonomia conquistado, pode-se alcançar novas opções de autonomia, num sentido cada vez mais profundo de “autonomia crítica” (DOYAL; GOUGH, 1994).

Conclusões

A presença de um trabalhador com deficiência numa empresa contribui para redefinir papéis, mas não modifica a essência da organização do trabalho. Nos jogos de interesses e tensões existentes na empresa, provoca a discussão sobre a equidade e o mérito, assim como sobre as capacidades e os limites do trabalhador frente aos interesses da empresa.

Da mesma forma, para a pessoa com deficiência, há sempre uma desvantagem real que reduz a dimensão dos sucessos, das capacidades, questão essencialmente construída no campo social e simbólico.

Nas práticas de inclusão no trabalho, foram verificadas situações que podem ser denominadas como de “ironias da desigualdade”, tais como: a ameaça de chefes a empregados, obrigando-os a tratar os deficientes como normais; a visão da deficiência como virtude, por facilitar o acesso ao emprego; e a utilização do deficiente, em razão da sua superação de limites, como exemplo de bom trabalhador e fator de disciplinamento (no sentido de internalização das regras produtivas). Estas questões apontam para a necessidade de um refinamento das políticas públicas e empresariais, de modo a viabilizar a efetiva inclusão no trabalho.

As estratégias de inclusão no trabalho adotadas em nosso país, apesar de alguns avanços, são ainda insuficientes e precisam ter em conta todos os variados aspectos do complexo mundo do trabalho, das pessoas e das instituições envolvidas.

O sistema de cotas é uma política afirmativa que precisa ser defendida, em especial num período de crise financeira e de empregos, que expõe todos os trabalhadores a uma grande vulnerabilidade, que se torna ainda maior no caso das pessoas com deficiência.

Não se pode imaginar que a reorganização social para eliminação de barreiras esteja apenas no terreno da legislação, da educação ou da cultura. São necessárias transformações mais profundas no campo da economia, da ideologia e da política. Mesmo barreiras arquitetônicas, que podem ser facilmente removidas num bairro de classe média ou alta, chegam a ser intransponíveis numa favela situada numa encosta, onde a sobrevivência é uma difícil conquista diária.

Por conta disso, qualquer política de inclusão de pessoas com deficiência tem que levar em conta que é na sociedade que se encontra a incapacidade maior de lidar com as diferenças corporais, de habilidades e de classes.

Não se trata de imaginar que o enfrentamento da deficiência só é possível com a superação da diferença de classes, base fundamental da sociedade capitalista. Tal hipótese seria um adiamento de soluções para um além-horizonte que não é possível enxergar nos dias atuais. Porém, tanto quanto existem lesões que não são assimiladas apenas pela proposta de autonomia, existem barreiras sem perspectiva de solução.

Todavia, a própria palavra “barreira” dá a falsa ideia de que o que condiciona a deficiência é sempre algo externo às pessoas, mas a sociedade é feita de pessoas e o fato de algumas delas se apropriarem dos meios de produção e explorarem as outras é a maior de todas as barreiras.

A modificação das políticas públicas não se faz de modo espontâneo, mas por ações coletivas e solidárias voltadas à mobilização política e social e à pressão para que o Estado cumpra seu papel. A principal mobilização que ocorre no Brasil está relacionada ao sistema educacional e mais recentemente ao trabalho. Todavia, ainda prevalecem ações voltadas à educação especial e não à incorporação das pessoas com deficiência no sistema educacional universal.

O desenvolvimento de uma política pública de inclusão no trabalho exige não apenas a implementação do sistema de cotas como fator indutor de novas vagas e da discussão e mobilização em torno do tema. É também necessário um conjunto de medidas que envolvam a inclusão escolar, o estímulo à habilitação e ao desenvolvimento profissional, a reabilitação de pessoas vitimadas por acidentes ou doenças etc.

Referências

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores)

BARBOSA, R. *Oração aos moços*. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa, 1949.

BASTOS, A. L. G. O adolescente com deficiência e seu processo de escolha profissional. *Adolescência Latino-americana*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, ago. 2002.

BAUMAN, Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. RAIS – Relação Anual de Informações Sociais, 2000 a 2007. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/pdet/index.asp>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

COSTA, V. A. A. *A formação na perspectiva da Teoria Crítica da Sociedade: as experiências dos trabalhadores deficientes visuais do serviço federal de processamento de dados*. 2001. 398 f. Tese (Doutorado, Programa de Educação, História e Filosofia da Educação)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001a.

As políticas públicas de emprego se completam, ademais, com parcerias crescentes com a iniciativa privada, visando ampliar ações de “responsabilidade social” e cumprir os deveres fixados na legislação, assim como habilitar pessoas com capacidade para realizar um sem-número de atribuições.

A questão da deficiência tem que passar a ser uma questão do interesse público e não apenas do âmbito privado, muito embora neste nível estejam mudanças importantes do ponto de vista cultural e ideológico. É preciso que haja desenvolvimento tecnológico e interesse do mercado, mas, acima de tudo, é indispensável que se busquem políticas de Estado abrangentes e que se conquiste uma sociedade menos injusta e mais equânime.

A luta pelo respeito às diferenças, ademais, não pode se confundir com a preservação das desigualdades. A conquista do direito humano à diferença não pode ofuscar a busca pela justiça social, sob pena de, contraditoriamente, ao nos fixarmos apenas no respeito às diferenças corporais ou funcionais, estimularmos a produção e a perpetuação das desigualdades sociais e econômicas as quais geram diferenças que aprofundam a deficiência.

Mais estudos sobre iniquidade e deficiência são necessários, não apenas no que se refere ao trabalho, mas em relação ao conjunto das políticas sociais, de modo a entender, do modo mais completo possível, como se dá a construção social da deficiência em nosso país e quais os caminhos necessários para reduzir ou eliminar as desigualdades.

_____. A formação do trabalhador com deficiência: questões acerca do trabalho, educação e emprego. *Revista Escola*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 52-60, 2001b.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, 2007.

DOYAL, L.; GOUGH, I. *Teoría de las necesidades humanas*. Tradução de José Antonio Moyano e Alejandro Colás. Barcelona: Icaria/FUHEM, 1994.

DRACHE, D. *Rethinking the very essence of social inclusion and things private*. June, 2004, 24 p. Disponível em: <<http://www.yorku.ca/robarts/projects/wto/pdf/rethinkingessence.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

FONTES, M. L. A. *Corpos canônicos e corpos dissonantes: uma abordagem do corpo feminino deficiente em oposição aos padrões corporais idealizados vigentes nos meios de comunicação de massa*. 2004. 222 f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

- FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 112-116, 2008.
- FRANCIS, L.; SILVERS, A. *Americans with disabilities*. New York: Routledge, 2000, 432 p.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- MARX, K. *La question juive*. Paris: Union Générale d'Éditions, 1968.
- METTS, R. *Disability issues, trends and recommendations for the World Bank*. Feb 2000, 67 p. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/12/11/000094946_01110204011328/Rendered/PDF/multi0page.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2009.
- RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- RIOUX, M.; ZUBROW, E. Social disability and the public good. In: DRACHE, D. (Ed.). *The market or the public domain?: global governance and the asymmetry of power*. London: Routledge, 2001. p. 148-171.
- TUMOLO, P. S. Trabalho, vida social e capital na virada do milênio: apontamentos de interpretação. *Educação e Sociedade*, v. 24, n. 82, p. 159-178, 2003.
- WACQUANT, L. *Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo*

Maria Maeno¹
Victor Wünsch Filho²

Reintroduction into the job market of former workers with RSI of an electronics industry in São Paulo metropolitan area, Brazil

¹ Médica, pesquisadora da Fundacentro, Ministério do Trabalho e Emprego, São Paulo, SP.

² Professor Titular, Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP.

* Artigo elaborado com base na Dissertação de Mestrado de Maria Maeno intitulada *Reinserção de trabalhadores com LER no mercado de trabalho*, apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2001, sob orientação do Professor Doutor Victor Wünsch Filho.

Resumo

Este estudo aborda o adoecimento crônico pelo trabalho como fator de exclusão social e econômica por meio da análise do processo de reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), desligados de uma empresa eletroeletrônica da região metropolitana de São Paulo. Foram considerados 722 trabalhadores que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992. As informações coletadas por meio de questionários enviados por correio e entrevistas realizadas em 1994 e 2000 foram analisadas no tocante a aspectos relacionados ao processo de adoecimento, à discriminação sofrida até o rompimento do vínculo empregatício e à busca por um novo emprego, com base na teoria das representações sociais. Dos 250 questionários respondidos, a maioria era de mulheres (98%) e jovens (67,2%) tinham até 34 anos de idade). Entre os trabalhadores desligados (n=195), na maioria entre 1991 e 1992, 89,2% continuavam desempregados em 1994. Entre as dificuldades alegadas para a reinserção no mercado de trabalho, as mais citadas foram: sintomas nos braços, limitação funcional, estigma da doença e a condição de ex-funcionário da empresa em questão. Coloca-se a necessidade de se repensar o sistema de proteção e vigilância à saúde do trabalhador, bem como de uma política pública de reabilitação profissional.

Palavras-chave: lesões por esforços repetitivos (LER); distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); reinserção no mercado de trabalho; reabilitação física, psicossocial e profissional; representações sociais.

Abstract

This study addresses chronic illness due to work as a factor of social and economic exclusion, analyzing the process of reintegration into the labor market of workers with repetitive strain injuries (RSI) that were employed originally in an electronics company in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. We considered initially 722 workers, who had received communications of work accidents (CAT) due to RSI from 1987 to 1992. Information collected through questionnaires sent by mail and by interviews conducted in 1994 and in 2000 was analyzed with regard to the disease process, the discrimination suffered until job termination, and the search for a new job, based on the theory of social representations. Of 250 questionnaires, the vast majority of respondents were women (98%) and young (67,2% were under 34 years old). Among laid-off workers (n=195), fired mostly between 1991 and 1992, 89,2% were still unemployed in 1994. The most frequently cited difficulties for reintegration into the labor were symptoms in the arms, functional limitation, the stigma of the disease, and of being a former employee of the company. These issues raise the need to rethink the system of health protection and surveillance of workers, as well as to establish a public policy on occupational rehabilitation.

Keywords: repetitive strain injuries (RSI); cumulative trauma disorders; work-related musculoskeletal disorders (WRMD); reintroduction into the job market; physical, psychosocial and professional rehabilitation; theory of social representations.

Recebido: 16/09/2009
Revisado: 09/04/2010
Aprovado: 14/04/2010

Introdução

Pesquisadores brasileiros têm realizado relevantes estudos das trajetórias dos excluídos do mercado de trabalho no Brasil. Seligmann-Silva (1997) analisou diversos aspectos referentes às trajetórias de trabalhadores em situação de desemprego por mais de seis meses, entre os quais, o papel relevante das doenças relacionadas ao trabalho como fator de impedimento à reinserção no mercado de trabalho. Guimarães (2004) analisou as trajetórias de trabalhadores de várias atividades produtivas desde 1989, quando foram desligados das empresas em que trabalhavam, até 1997, sob a ótica da reestruturação produtiva, tendo como origem os dados oriundos de duas bases: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com informações anuais das relações contratuais de emprego pelas empresas formalmente registradas ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), com informações do movimento de admissão e demissão de trabalhadores pelas empresas ao MTE.

Até a década de 1980, o perfil dos agravos relacionados ao trabalho que resultavam em períodos prolongados de afastamento era quase exclusivamente de acidentes de trabalho traumáticos. A partir da década de 1990, ainda que numericamente pouco significantes em comparação ao total de acidentes do trabalho, dentre as doenças relacionadas ao trabalho, as LER/DORT ganham visibilidade.

De caráter crônico, as LER/DORT frequentemente implicam sucessivos afastamentos por curtos e longos períodos, bem como limitações para executar a mesma atividade laboral causadora do adoecimento e outras atividades do cotidiano. São oficialmente reconhecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2001; MAENO et al., 2001a; MAENO et al., 2001b; MAENO et al., 2001c; MAENO et al., 2001d; BRASIL, 2006a) e, desde 2004, são de notificação compulsória ao Sistema Nacional de Informações sobre Agravos de Notificação – Sinan (BRASIL, 2004). São também reconhecidas pelo Ministério da Previdência Social para fins de concessão de benefícios acidentários (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2003).

Várias são as definições de LER/DORT, assim como inúmeros são os processos sociais de seu reconhecimento como doença ocupacional nos diversos países. Para este estudo, foi adotado o conceito de que LER/DORT se trata de um conjunto de entidades mórbidas do sistema musculoesquelético adquiridas pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (KUORINKA; FORCIER, 1995; BRASIL, 2006a). Caracterizam-se por alterações funcionais e/ou orgânicas heterogêneas que, entre outros sinais e sintomas, resultam em fadiga neuromuscular crônica causada pelo trabalho realizado em posição fixa e/ou com movimentos repetitivos por tempo prolongado, sem tempo de recuperação. O quadro clínico é variado e inclui queixas de dor, formigamento, dormência, choque,

peso e fadiga precoce, com presença de entidades mórbidas ortopédicas definidas como tendinite, tenossinovite, sinovite, peritendinite, em particular de ombros, cotovelos, punhos e mãos e de quadros mais difusos, tais como cervicobraquialgia, distrofia simpático-reflexa ou síndrome complexa de dor regional. A alta prevalência de trabalhadores com sintomatologia significativa e incapacidade por tempo prolongado, aliada ao seu perfil sociodemográfico, contribuiu para a visibilidade social, propiciada pela mídia, pelos eventos científicos de várias especialidades médicas e de profissionais de saúde em geral e pelo movimento sindical. Com a emergência das LER/DORT, não eram mais apenas os “peões de chão de fábrica” os que sofriam e se afastavam devido às condições de trabalho. Além deles, passavam a adoecer trabalhadores administrativos, digitadores, bancários e comerciários, dentre outros. Nas fábricas eram atingidos, em particular, aqueles que exerciam atividades que exigiam rapidez, precisão e manutenção de posições estáticas, frequentemente na ausência de esforço físico com grande dispêndio energético.

População e métodos

A população estudada foi constituída por trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional. Possuía instalações na região metropolitana de São Paulo desde 1972 e empregava aproximadamente 7.000 trabalhadores por ocasião do adoecimento dos trabalhadores estudados. Sua atividade concentrava-se na montagem de rádios, gravadores e toca-fitas para automóveis, realizada em linhas comandadas por sistemas de esteiras (SETTIMI et al., 1989).

Em 1992, um plano de desligamento foi organizado e centenas de trabalhadores que se encontravam afastados do trabalho por LER/DORT foram convocados pela empresa, que lhes ofereceu um acordo, cujo teor incluía o pedido de demissão por meio de uma declaração assinada no sindicato da categoria, segundo a qual os trabalhadores abriam mão do direito de recorrer judicialmente após o rompimento do vínculo empregatício. Em troca, teriam, além da liberação do fundo de garantia e das férias, o equivalente em dinheiro a um ano de salário e convênio médico gratuito por um ano. Alguns deles conseguiram dois anos de convênio médico gratuito.

Os pesquisadores inseridos em serviço público de saúde (SETTIMI et al., 1989) realizaram avaliações de inúmeros trabalhadores da empresa e participaram de várias visitas ao ambiente de trabalho no final da década de 1980 e início da década de 1990, quando tiveram oportunidade de comparar informações prestadas nas consultas com as obtidas nessas visitas e em reuniões com representantes empresariais e dos trabalhadores.

A primeira fase do estudo foi desenvolvida em 1994. A população estudada foi definida com base em 844 Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT) emitidas pela

empresa no período de 1987 a 1992 referentes à ocorrência de LER/DORT. Foram obtidos endereços de 722 desses trabalhadores, para os quais foi enviado um questionário por correio juntamente com uma carta explicativa. O questionário foi elaborado em linguagem simples e acessível, com perguntas fechadas e abertas, e abrangia informações referentes à identificação do trabalhador, às condições socioeconômicas, à situação empregatícia naquele presente momento, à função e ao ramo de atividade da empresa e, nas situações de desemprego, quais os motivos para aquela situação e, finalmente, as funções procuradas por eles no processo de reinserção no mercado de trabalho.

A segunda fase foi também desenvolvida em 1994. Oito pessoas, todas mulheres, foram escolhidas por conveniência, entre as que haviam respondido os questionários da primeira fase e haviam se desligado da empresa. Foram entrevistadas individualmente por médicos e psicólogos. As entrevistas seguiram uma estrutura que abordava as circunstâncias do desligamento da empresa, o processo de busca de um novo emprego, as perspectivas de trabalho e a percepção do estado de saúde. A terceira fase foi desenvolvida em 2000. Cinco das oito pessoas que participaram da segunda fase, de 1994 foram novamente entrevistadas por um profissional da área médica, que seguiu a mesma estrutura de entrevista utilizada na segunda fase.

Todas as entrevistas, realizadas em 1994 e em 2000, foram analisadas com concentração na investigação das representações sociais, que são formas de apreensão e compreensão, por parte dos entrevistados, das experiências da vida cotidiana, dando-lhes significados que lhes possibilitam agir e comunicar coerentemente tais experiências significativas dentro do contexto social do qual fazem parte (MOSCOVICI, 1978; SPINK, 1993; SPINK, 1994; WAGNER, 1994). Segundo Minayo (1992):

As representações sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada porém, é a linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e de interação social.

Resultados e discussão

Fase 1 – Questionários autoaplicáveis

Do total de trabalhadores da empresa, com CAT emitida por LER/DORT, 89,6% eram mulheres e 4,4% homens. Não foi possível identificar 6% dos respondentes quanto ao sexo.

Dos 722 trabalhadores que receberam os questionários, 250 (34,6%) os retornaram respondidos, 245 (98,0%) mulheres e 5 (2,0%) homens. Esse percentual de questionários devolvidos foi considerado significativo, levando-se em conta a falta de tradição da população brasileira em participar de estudos pelo correio. Os fatores que motivaram o relativo alto índice de respostas podem ter sido o prévio conhecimento que os trabalhadores tinham do serviço de saúde a que pertenciam

a equipe de pesquisa e a eventual esperança de que de alguma forma poderiam ser beneficiados.

A média de idade foi de 31,1 anos, com limite inferior de 20 anos e superior de 58 anos, com desvio padrão de 6,9. Cerca de dois terços tinham menos de 35 anos de idade.

A renda familiar média desses trabalhadores era de R\$ 451,32 (DP = 376,97). Para se ter uma referência, o salário mínimo vigente em dezembro de 1994 era de R\$ 70,00 e o salário mínimo necessário calculado para o mesmo mês foi de R\$ 728,90 (DIEESE, 1994).

Quanto ao vínculo empregatício com a empresa, 195 (78,0%) haviam se desligado da empresa e 55 (22,0%) nela permaneciam como funcionários. Os desligamentos haviam ocorrido entre 1988 e 1993, em sua maioria: nos anos de 1991 (10,8%) e 1992 (68,2%). Quando solicitados a responderem ao item referente às funções procuradas na tentativa de reinserção no mercado de trabalho, os 195 ex-funcionários da empresa, que haviam exercido a função de montadores, responderam ter optado pela busca de funções variadas: 13,4% deles referiram ter tentado novamente a reinserção como montadores; 7,1% haviam tentado se reinserir como balconistas e vendedores em comércio varejista de produtos consumidos em larga escala; 6,7% buscaram a função genérica de ajudante geral; 6,7%, atividades em confecção, como costureira, overloquista, arremateadeira; 6,3% tentaram prestar serviços domésticos, como empregada, faxineira, diarista; 4,3%, tentaram ganhar a vida com “bicos” em casa, tais como produção artesanal de bolos, salgados, roupas; 3,6% tentaram as atividades de vendedor domiciliar, promotor de vendas e demonstrador; 3,6% buscaram o serviço de auxiliar de escritório; 2,8% tentaram “bicos” fora de casa; 2,4% procuraram a função de telefonista ou operador de *telemarketing*; 2,4% de recepcionista; 1,9% de cozinheiro. Outras opções buscadas como tentadas foram cabeleireiro, professor, embalador, empacotador, operador têxtil e monitor de alunos.

Dos 195 desligados da empresa, 174 (89,2%) continuavam desempregados e apenas 21 (10,8%) consideravam-se empregados, com atividade regular à época em que responderam ao questionário, em 1994. As razões alegadas pelos desempregados para justificar a situação variavam, mas a principal referia-se ao problema de saúde que havia motivado o desligamento da empresa (**Tabela 1**).

Dentre os 21 trabalhadores que haviam conseguido reinserção no mercado de trabalho, 17 (81,0%) tinham carteira assinada; 4 (19,0%) declararam que o emprego no qual se encontravam era o que gostariam de ter. Em média, esses 21 trabalhadores haviam levado 26 meses para conseguir o emprego a que estavam vinculados na ocasião do envio do questionário (desvio padrão 1,69, menor tempo 2 meses, maior tempo 72 meses). Os ramos econômicos das empresas em que esses 21 trabalhadores estavam empregados estão apresentados na **Tabela 2**.

A **Tabela 3** exhibe as funções exercidas pelos trabalhadores empregados na ocasião em que responderam aos questionários.

Tabela 1 Razões alegadas pelos 174 ex-trabalhadores da empresa para justificar o desemprego por ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994)

<i>Razões referidas</i>	<i>Frequência*</i>	<i>%**</i>
Problemas nos braços (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força)	98	56,3
Sem condições de acompanhar o ritmo/Não conseguia trabalhar em fábrica, não conseguia trabalhar nem em casa	50	28,7
Carteira “suja” com carimbo do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)	31	17,8
Ninguém queria trabalhar com ex-trabalhador da empresa	26	14,9
Tinha muita idade para o mercado de trabalho	16	9,2
Tinha criança pequena	12	6,9
Estava em tratamento/Recebia benefício do INSS	10	5,7
Não sabia	7	4,0
Mercado difícil, principalmente para quem tinha limitação física	5	2,9
Estava movendo processo contra o INSS	3	1,7
Não tinha experiência em outra atividade	3	1,7
Não tinha estudo para outra função mais leve	2	1,1
Gravidez	1	0,46
Não estava “preparado psicologicamente”	1	0,64
Não achava função de montador	1	0,64
Estava se dedicando a estudo e ao lar	1	0,64
Perda de audição	1	0,64
Sem informação	4	2,3

* Alguns trabalhadores listaram mais de uma razão para justificar o desemprego

** % em relação ao total dos respondentes que se mantinham desempregados (174)

Tabela 2 Distribuição dos ex-trabalhadores da empresa que estavam com novo vínculo empregatício na ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994) segundo ramos econômicos das empresas a que estavam vinculados

<i>Ramos econômicos das empresas</i>	<i>Frequência</i>
Hospital/clínica/serviço de saúde	4
Serviços (associação, escola)	4
Comércio	3
Indústria de confecção	3
Fabricação de aparelhos telefônicos	1
Montadora de microcomputador	1
Indústria plástica	1
Indústria química	1
Indústria eletromecânica (retífica de motores)	1
Indústria têxtil	1
Alimentos	1
Total	21

Tabela 3 Distribuição dos ex-trabalhadores da empresa, empregados por ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994) segundo funções

<i>Funções ocupadas</i>	<i>Frequência</i>
Operadora de máquina (injetora, prensa)	2
Auxiliar de enfermagem ou similar	2
Monitora de alunos/inspetora/oficial escola	2
Overloquista/arrematadeira/riscadeira/costureira	2
Professora	2
Auxiliar de escritório	1
Secretária	1
Balconista	1
Caixa/ajudante	1
Auxiliar de montagem/montadora	1
Operador de estoque/operador de almoxarifado	1
Auxiliar de eletrônica	1
Representante comercial	1
Ajudante geral	1
Embalador	1
Técnico de eletrocardiograma	1
Total	21

Fases 2 e 3 – Entrevistas em profundidade

O **Quadro 1** mostra dados gerais das 8 entrevistadas na segunda fase, em 1994.

As entrevistadas na terceira fase, em 2000, foram as trabalhadoras 1, 2, 5, 6 e 8. A trabalhadora 8, que se encontrava empregada em 1994, havia perdido o vínculo

empregatício em 1996 e a trabalhadora 4, que estava acamada, informou, por telefone, que continuava fora do mercado de trabalho.

Embora a análise tenha considerado todas as entrevistas, as falas literais neste artigo são da fase 1, desenvolvida em 1994.

Quadro 1 Dados gerais das entrevistadas em 1994.

<i>Trabalhador</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de empresa</i>	<i>Forma de desligamento</i>	<i>Início do quadro clínico</i>	<i>Vínculo empregatício em 1994</i>
Trab 1	32	6 anos 8 meses	Acordo, 1992	1986	Não
Trab 2	33	7 anos	Demissão, 1993	1987	Não
Trab 3	33	5 anos 6 meses	Acordo, 1992	1990	Sim
Trab 4	37	10 anos	Acordo, 1991	1982	Não
Trab 5	47	5 anos	Acordo, 1992	1989	Não
Trab 6	35	9 anos	Pediu demissão, 1991	1990	Não
Trab 7	35	8 anos	Pediu demissão, 1991	1986	Sim
Trab 8	25	4 anos 6 meses	Acordo, 1992	1990	Sim

O adoecimento ocultado

A empresa metalúrgica, objeto deste estudo, era de grande porte e, ao contrário de outras do seu ramo econômico, possuía instalações iluminadas e limpas. Milhares de trabalhadores, em sua maioria mulheres, sentados em cadeiras de madeira, não reguláveis em altura ou inclinação do encosto, realizavam milhares de movimentos rápidos por dia, com dedos, mãos, punhos, cotovelos e ombros, inserindo fios e componentes de cores, tamanhos e formatos variados em placas, cortando fios, encaixando e ajustando dispositivos, parafusando, perfurando e testando os equipamentos montados. Eram operações complexas, que exigiam atenção constante e realização de grande número de movimentos pela sequência de microetapas dentro de cada uma delas. As formas utilizadas para a garantia da produtividade desejada incluíam o estabelecimento de metas, frequentemente ultrapassadas por mecanismos de estímulo ao aumento do ritmo de trabalho e rigoroso controle das idas ao banheiro, direito exercido apenas quando havia substituição pelas *utilities*, “guardiãs” que exerciam tanto o gerenciamento das linhas como substituíam as montadoras nos momentos de suas necessidades fisiológicas. O sistema permitia o aumento ou a diminuição do número de esteiras, conforme as demandas de mercado. Essa variação era operada pelas chefias de linhas, que buscavam cumprir suas metas e disputavam os prêmios destinados aos mais produtivos. A qualidade da montagem em todas as fases era monitorada “por cabeça”, isto é, havia um mecanismo de identificação da responsável por determinada etapa da montagem e esse desempenho ficava exposto em forma de gráfico das peças rejeitadas ao lado de cada uma delas. A jornada diária de trabalho era de 9 horas e 30 minutos, de segunda a sexta-feira, com 30 minutos para as refeições e 10 minutos de pausa em cada uma das metades da jornada.

Os salários elevados no contexto da localização da empresa e os benefícios sociais em forma de convênio médico e presentes em dias comemorativos não só aos funcionários, como também aos familiares, camuflavam esse modelo de produção de cunho *taylorista-fordista* e escondiam os trabalhadores com suas dores e expressões clínicas do sistema musculoesquelético.

Em geral, esses trabalhadores, quando incapacitados para o trabalho, eram afastados e permaneciam em casa informalmente, sem prejuízo de seus vencimentos. Era o preço que a empresa pagava para não encaminhá-los ao Seguro Social, onde poderiam chamar a atenção pela alta prevalência das doenças no ambiente fabril. Os setores de medicina e fisioterapia, de grandes dimensões, instalados dentro da empresa, eram bem conhecidos pelos trabalhadores, que os frequentavam para receberem medicações analgésicas e anti-inflamatórias e para sessões de eletroterapia.

A identificação dessa situação crítica de saúde ocupacional ocorreu quando trabalhadores adoecidos passaram a procurar o sindicato da categoria e os serviços públicos de saúde do trabalhador. Essa procura

desencadeou investigações do poder público que resultaram na emissão de 1.038 CAT, condição administrativa necessária à época para a concessão de benefícios acidentários.

As entrevistas com as trabalhadoras revelaram uma clara percepção de que o contexto de trabalho a que haviam sido submetidas era responsável pelo adoecimento, o que desencadeava um intenso ressentimento e sofrimento em relação à empresa, considerada por elas, antes do adoecimento, como uma grande família. Mesmo enquanto faziam tratamento dentro da empresa, ainda continuavam a sentir-se valorizadas, identificadas como responsáveis e esforçadas. Porém, com o tempo, começaram a ser tratadas como um estorvo ao bom andamento do trabalho.

Se você fica doente, é tipo uma máquina, eles te tiram, tchau, arrumar outra sem o problema.

Todo mundo que tem LER é discriminado. Por quê? Porque conforme vai se agravando o problema, fica muito tempo afastado [...]. As empresas não querem um funcionário [...]. Eles querem um funcionário que não falte, né? Esteja ali, sempre faça hora extra. Mas a partir do momento que a pessoa começa a ter esse problema, já não pode mais fazer esse tipo de coisa. Então pra eles [...] já é tratada diferente.

A descoberta da face oculta do trabalho que adocece

A ação do poder público, constituído conjuntamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério do Trabalho e Ministério Público Estadual, resultou na desativação do mecanismo de controle de velocidade das esteiras pelas chefias de linha e melhorias isoladas desenvolvidas por assessorias de ergonomia, tais como mudanças de mobiliário, instrumentos e equipamentos. Algumas linhas foram substituídas por células de trabalhadores, que não mais trabalhavam em série, mas em circuitos constituídos de algumas bancadas, para as quais se deslocavam os operadores, realizando blocos de operações de montagem no espaço de uma hora. No novo sistema, embora houvesse uma variedade de operações, inexistente nas linhas em série, o tempo e o ritmo de trabalho continuavam fora do controle dos trabalhadores, que argumentavam ficarem ainda mais cansados do que no sistema de esteira, por conta de deslocamentos, transporte e carregamento de cargas (bancadas com as partes montadas em cada estágio) e pela velocidade com que trabalhavam, como participantes de uma gincana. As metas estipuladas pela empresa continuavam e também a repetitividade de operações e movimentos, agora organizados em blocos.

Os trabalhadores adoecidos passaram a ser afastados do trabalho oficialmente, isto é, com emissão de CAT pela empresa, encaminhamento ao órgão de seguro social e recebimento de benefício acidentário. Os adoecidos passaram, assim, a fazer parte das estatísticas da Previdência Social. Quando retornavam ao trabalho, eram recolocados em um “setor” especificamente criado para acolhê-los, denominado “mesão”, ou pejorativa-

mente “setor do INPS”³. No “mesão” não havia cobrança de produtividade explícita e as operações eram muito simples, como, por exemplo, colagem de pequenas etiquetas em peças ou encaixe de um pequeno componente. O número de movimentos era muito menor do que nas linhas ou nas células e o ritmo de trabalho era, em tese, controlado pelos trabalhadores. No entanto, havia uma cobrança implícita por parte das chefias e esses trabalhadores sentiam-se constrangidos em exercer o direito que lhes era cedido pela empresa, como realizar pausas espontâneas, negadas aos demais. Esta situação manteve-se mesmo após tentativas do Ministério Público do Estado em fazer um pacto com a empresa, que incluísse para todos pausas adicionais reais àquelas já existentes. A empresa estipulou, depois de muitas tratativas, mais uma pausa de 2 minutos em cada metade de jornada, além das de 10 minutos já existentes.

Discriminação, plano de demissão voluntária e dissimulação da situação epidemiológica

As entrevistas revelaram que os trabalhadores haviam sido pressionados pela empresa a assinarem o “acordo” de demissão.

Dentre as formas de pressão para o desligamento, destacou-se o comportamento dos supervisores, que inicialmente respeitavam as restrições físicas dos que tentavam retornar ao trabalho após longo tempo de afastamento, mas logo os submetiam a situações constrangedoras, o que estimulava a marginalização dos trabalhadores:

Quanto a gente volta prá trabalhar, eles pisam em você. Acho que prá ver se chega ao ponto de você pedir a conta. Então eu aceitei o acordo. Era isso que eles estavam querendo mesmo, né?

[...] meu braço doendo cada vez mais, decidi parar para tentar tratar. Vou vender bolinho, mas não vou perder meu braço.

Quando você tem problemas de doença na empresa, você fica separado por mais ou menos um mês, depois te mandam de volta para o trabalho normal. Então, pedi para ser mandada embora porque não ia aguentar.

As normas trabalhistas estipulam a estrutura, os recursos e os métodos preventivos por meio de um tripé, constituído atualmente pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e pelo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), respectivamente dispostos pelas normas regulamentadoras 4, 7 e 9 (BRASIL, 1978). Na percepção das trabalhadoras entrevistadas, havia uma articulação entre as chefias, o serviço médico da empresa e o SESMT. Sentiam os serviços de saúde como instâncias que avaliavam as condutas de exclusão promovidas pela empresa.

Segundo as entrevistadas, os trabalhadores que tentavam retornar ao trabalho eram constrangidos ou mesmo humilhados, sentindo que mais cedo ou mais tarde seriam desligados da empresa sem qualquer indeniza-

ção. As tentativas frustradas de retorno ao trabalho e a descrença de que a empresa abriria um espaço diferente daquele que lhes havia sido apresentado determinaram a decisão de desligamento em massa: “Saí para não me sentir marginalizada”. “Tinha sensação de ser inútil, de atrapalhar as pessoas. Tinha uma supervisora que me humilhava e falava que eu não servia para mais nada.”

Alguns achavam que conseguiriam começar “uma vida nova”, saindo da empresa e usando as verbas rescisórias para abrir pequenos negócios. Trabalhadores que só tinham tido experiência em um sistema de produção *taylorizado* tinham a esperança de que poderiam se tornar pequenos empresários. Não era uma opção; era, para muitos, a única saída.

Diante da falência da política de reabilitação profissional por parte do Estado e da empresa, a limitação da capacidade de trabalho para retornar à atividade plena de montagem significava também desvantagem social, situação que rebaixava os trabalhadores adoecidos à condição de “cidadãos de segunda classe”.

Durante o tempo em que permaneceram na empresa, mantinham uma crença de que “o responsável” na matriz norte-americana certamente desconhecia o que ocorria e esperavam que em algum momento houvesse uma intervenção salvadora. Custava-lhes reconhecer que se tratava de uma política institucional e não de uma ação personalizada de alguns representantes corporativos.

A característica de pouca ou nenhuma visibilidade física das expressões clínicas das LER/DORT permitia aos leigos e aos médicos semear a dúvida de veracidade dos sintomas, de forma explícita ou implícita.

Me sentia constrangida e com mal-estar porque nem os médicos, nem as pessoas acreditavam que eu tinha o problema [...] Eles achavam que eu estava inventando a doença.

Meu chefe não tava nem aí e o que ele queria era serviço. Ele achava tudo frescura e que era psicológico.

Essas situações descritas pelas entrevistadas são decorrentes da gestão organizacional e definidas atualmente como assédio moral, nas quais se identificam investidas para se obter um desgaste emocional de trabalhadores, induzindo-os ao pedido de demissão.

Dentre os elementos que contribuem para suscitar atitudes discriminatórias contra pacientes com LER/DORT estão a íntima relação dessas afecções com a organização do trabalho, o acometimento de contingente significativo de trabalhadores, o difícil tratamento, a cronicidade e a pobreza de sinais visíveis. A ocorrência de epidemias em muitos ambientes de trabalho denuncia situações laborais adoecedoras e a falha dos sistemas de prevenção de acidentes e doenças. Em geral, os problemas de saúde não relacionados ao trabalho encontram maior acolhimento nas empresas, particularmente aqueles que apresentam sinais exteriores de alterações físicas e orgânicas. Não é o caso das LER/DORT.

³ INPS: Instituto Nacional de Previdência Social cuja sigla era assim citada, mesmo com a mudança do nome para Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

A dificuldade de compartilhar a dor e o desconforto de estar em casa

A dor sem correspondência com alterações físicas visíveis levava, muitas vezes, à descrença em relação à existência de doença pelos familiares e à expectativa de que as trabalhadoras afastadas assumissem as tarefas domésticas, socialmente desvalorizadas como trabalho:

A gente que tem tendinite, não é uma doença visível, ninguém acha que eu tenho alguma coisa. Na época [empresa], eu pagava para alguém fazer coisas em casa. Em casa tem gente que poderia me ajudar, mas não me ajudam.

A pressão em minha casa é demais, insuportável [...]. Com esse problema no braço, tenho dificuldade para fazer comida, descascar batata, e eles não me ajudam [...]. Se pudesse escolher, gostaria de trabalhar com decoração de ambientes, só que fora de casa [...] às vezes estou descansando porque o braço já está doendo e ele [marido] chega do trabalho pedindo prá eu fazer comida! Eu falo que estou descansando, já fiz uma porção de coisas que não devia e aí ele se toca. Precisava ter que falar?

Identidade profissional e repercussões do adoecimento na vida pessoal e profissional

A identidade profissional das trabalhadoras entrevistadas com a empresa passava basicamente por alguns aspectos valorizados por elas. Trabalhar na empresa em questão as fazia trabalhadoras com autonomia financeira, familiar e social. Aquele vínculo empregatício reprimir no mercado formal, trabalhar em ambiente limpo e não poluído, em uma grande empresa, onde tinham bom salário, férias remuneradas, fins de semana livres, décimo-terceiro, abonos, convênio médico e festas comemorativas. Era um trabalho reconhecido socialmente e essa condição as empoderava nas relações familiares. Elas haviam tido, um dia, a iniciativa de candidatar-se a uma vaga naquela empresa, haviam enviado currículo e concorrido com outras candidatas. Tudo isso as mantinha com autoestima elevada.

A perda do emprego formal significava, simultaneamente à ruptura com um contexto social que afirmava e reafirmava o trabalhador respeitado e valorizado pela sociedade, passar por um processo de reelaboração da sua identidade:

Só o fato de eu trabalhar fora, ter independência, meu próprio talão de cheques, meu convênio [médico]. Ter independência em primeiro lugar. Agora sou mais dependente. É diferente.

Quando você trabalha fora, as pessoas te respeitam mais, você, dentro de casa, não tem valor algum, nem com esse dinheirinho que ganho [...] Minha vida, sua vida significa trabalho, se você não trabalhar, você não faz nada.

A imagem discriminatória originada na empresa as perseguiu no círculo social e na busca de recolocação no mercado de trabalho, processo dificultado por vários fatores pesquisados (**Tabela 1**):

Quando fui procurar emprego, me falaram, claramente, que eu não seria contratada porque tinha minha carteira carimbada e porque tinha trabalhado na empresa.

As firmas sabem do problema da LER e sabem que na empresa tem muita LER, então eu acho que eles não me chamam por causa da carteira da empresa. Também pode ser por causa da idade [35 anos].

Esse envelhecimento relacionado ao tempo de trabalho e à especialização, não referente à idade cronológica dos trabalhadores, é citado por Cardoso, Comin e Guimarães (2006) como fator de dificuldade de retorno ao mercado de trabalho após uma demissão, que no caso deste estudo é adicionado pela notoriedade da empresa como fonte de adoecimento de seus funcionários.

O advento das LER/DORT e a perda do vínculo empregatício significou uma ruptura em sua trajetória ocupacional. Passaram a engrossar o grande contingente da população economicamente ativa cuja perspectiva é de um mercado de trabalho precário e refratário aos trabalhadores forjados na cultura fordista, cuja característica é a especialização não relacionada à escolaridade (ANTUNES, 2006).

Reinserção precária no mercado de trabalho

Seligmann-Silva (1997) constatou que departamentos de seleção buscam nos trabalhadores características relacionadas à assiduidade, ao compromisso e à responsabilidade, à boa vontade e ao empenho pessoal, ao não envolvimento em situações de conflito anteriores e à ausência de doenças. Desemprego por mais de 6 meses, procedência de empresas com epidemias de doenças, idade “avançada” para o mercado que exige trabalhadores cada vez mais jovens para serem adequadamente treinados foram considerados fatores depreciativos. A **Tabela 1**, sobre as razões alegadas pelos trabalhadores estudados para explicar a situação de desemprego, confirma muitos desses aspectos.

Os 21 trabalhadores que estavam empregados por ocasião das respostas ao questionário estavam inseridos em funções, dentro de empresas sempre menores, cujas características propiciavam também a ocorrência ou o agravamento de distúrbios musculoesqueléticos em grandes proporções. Após muitas recusas em processos seletivos, todos haviam utilizado as redes familiares para conseguir o novo emprego.

As funções procuradas pelos trabalhadores têm como traço comum a necessidade de treinamentos curtos, com pouca qualificação ou aquisição de tecnologia. Algumas delas, como as relacionadas à confecção (overloquista, arrematadeira, riscadeira e costureira), são tradicionalmente femininas, manuais, inseridas em sistemas de trabalho fragmentado, similar a uma linha de montagem, frequentemente terceirizada, cuja produtividade é obtida pelo pagamento por peças (JINKINGS; AMORIM, 2006). A especialização no manuseio de mangas, colarinhos, punhos, dentre outras partes de

um vestuário é um recurso utilizado também para aumentar a produtividade, segundo depoimento dos trabalhadores, com sobrecarga do sistema musculoesquelético pela realização de movimentos repetitivos e permanência em posição desconfortável por tempo prolongado, além de forçar grupos musculares específicos. Casos de LER/DORT neste setor chamavam a atenção ainda na década de 1990, assim como entre outras atividades constantes da **Tabela 3** (SETTIMI; SILVESTRE, 1995; ASSUNÇÃO, 2001).

As redes capilares de vendas domiciliares construída por empresas de cosméticos e confecções atraíram as mulheres, mesmo que temporariamente, pela flexibilidade e a autonomia, que lhes permitia a ocupação com filhos pequenos. Limitações para carregar os produtos demonstrativos, a inadimplência das clientes com dificuldades financeiras e a instabilidade econômica foram fatores referidos para a desistência na continuidade dessa atividade.

Considerações finais

Os fatos referentes à empresa e aos trabalhadores estudados simbolizam a falência política do Estado na preservação da saúde dos trabalhadores. As condições a que eram submetidos 7.000 empregados e que afetaram a saúde de mais de 800 trabalhadores não eram identificadas por qualquer sistema de vigilância do poder público. Os trabalhadores adoecidos eram contidos no convênio médico e no serviço de saúde da própria empresa e, mesmo nos casos em que requeriam afastamento do trabalho, este se dava à margem da Previdência Social, em claro desacato à legislação.

O aparato preventivo da empresa, obrigatório pelas normas trabalhistas, constituído pelo SESMT, os programas de controle de riscos ambientais e de acompanhamento da saúde dos trabalhadores, precursores do PPRA e PCMSO respectivamente, apenas legitimavam essa situação de privação de direitos dos trabalhadores.

Mesmo com a emergência e a visibilidade dos trabalhadores adoecidos, o poder público pouco fez no tocante às condições de trabalho inadequadas. Apenas testemunhou o desligamento coletivo de um expressivo contingente de trabalhadores, que na maioria não conseguiu se reinserir no mercado de trabalho. O adoecimento ocupacional esteve diretamente presente na maioria das razões de desemprego relatadas pelos tra-

balhadores após o rompimento do vínculo empregatício com a empresa, seja pelos seus aspectos clínicos de cronicidade e limitações funcionais permanentes, seja pelos aspectos do mercado de trabalho, que oferece postos com exigência de ritmo de trabalho intenso, ou, ainda, pela existência de procedimentos de recusa de ex-funcionários da empresa por outras da região.

Sem uma política de reabilitação profissional, restou ao SUS e ao Seguro Social o ônus desse adoecimento ocupacional, do tratamento dos pacientes com dor crônica, do pagamento de benefícios por incapacidade e das sequelas.

Estatísticas recentes da Previdência Social mostram que os distúrbios musculoesqueléticos, dentre os quais aqueles referentes às LER/DORT, continuam a ser as mais frequentes causas de afastamentos dentre os agravos ocupacionais (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008) e estão disseminados nos mais variados ramos de atividade (BRASIL, 2009). A permanência dessa grave situação ainda não foi suficiente para que se tenha construído uma política pública de reabilitação profissional que contemple mudanças das condições de trabalho, além de um sistema de assistência adequado a pacientes com dor crônica, capaz de propiciar alívio físico e psicológico. Pelo contrário, Takahashi (2006) analisa o processo de desmonte da política e das estruturas de reabilitação profissional do INSS nas décadas de 1990 e 2000.

Apesar de decorrida uma década desde a finalização deste estudo, o caso em questão continua sendo emblemático de outras inúmeras situações nas quais os órgãos do poder público nas esferas federal, estadual e municipal não se mostram capazes de desenvolver ações efetivas que protejam a vida e a saúde dos trabalhadores, submetidos a condições de trabalho e a gestões organizacionais que desconsideram seus limites e as necessidades humanas. Há que se repensar um sistema de proteção à saúde do trabalhador que inclua o ambiente de trabalho como um território dentro de cada município, que por sua vez localiza-se em um estado que faz parte do território nacional, cujos gestores têm obrigações legais junto a todos os cidadãos e aos espaços físicos por eles ocupados. Nesse caso, a ótica deve ser a de que o empregador tem a obrigação de oferecer condições de trabalho adequadas e de que os ambientes ocupacionais não se constituem em territórios marginais às leis vigentes no país.

Agradecimentos

Agradecimentos especiais a Fábio de Oliveira, Lúcia Fonseca de Toledo, Alexandre Bonetti Lima, Mirian Pedrollo Silvestre e Célia Cappucci, fundamentais no trabalho de campo e nas reflexões.

Referências

- ANTUNES, R. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 15-25.
- ASSUNÇÃO, A. A. Os DORT e a dor dos DORT. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 11., 2001, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2001. 1 CD.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria n° 3214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial [da] União*, 6 jul. 1978 – Suplemento.
- _____. _____. Portaria n° 1399/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] União*, 15 dez. 1999a.
- _____. Casa Civil. Decreto n° 3048/99, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, 7 maio 1999, republicado em 12 de maio de 1999b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D3048.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. In: _____. _____. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 425-482. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 114).
- _____. Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa n° 98, do Instituto Nacional de Seguro Social, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre lesões por esforços repetitivos – LER ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT. *Diário Oficial [da] União*, 10 dez. 2003.
- _____. _____. Portaria n° 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*, 18 jun. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- _____. _____. *Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dor relacionada ao trabalho: protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_DORT.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- _____. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo Códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2006b*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-588.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2009.
- _____. _____. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2007*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-820.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2009.
- _____. _____. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2008*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Arquivo: 3_090120-142131-03. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=502>>. Acesso em: 02 set. 2009.
- _____. _____. Decreto n° 6957/09, de 9 de setembro de 2009. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto n° 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. Anexo II – Lista C. *Diário Oficial [da] União*, 9 set. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm>. Acesso em: 02 dez. 2009.
- CARDOSO, A. M.; COMIN, A. A.; GUIMARÃES, N. A. Os deserdados da indústria: reestruturação produtiva e trajetórias intersetoriais de trabalhadores demitidos da indústria brasileira. In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA H. (Org.). *Desemprego: trajetórias, identidades, mobilizações*. São Paulo: Editora Senac, 2006. p. 45-90.
- DIEESE. Salário mínimo nominal e necessário - 1994. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu99-94.xml#1994>>. Acesso em: 03 mar. 2010.
- GUIMARÃES, N. A. *Caminhos cruzados: estratégias de empresas e trajetórias e trabalhadores*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 237-278.
- JINKINGS, I.; AMORIM, E. R. A. Produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção. In: ANTUNES R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

- KUORINKA, I.; FORCIER, L. (Ed.) *Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention*. Great Britain: Taylor&Francis, 1995.
- MAENO, M. et al. *Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. 64 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 105).
- _____. *Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. 36 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 103).
- _____. *LER/DORT: dilemas, polêmicas e dúvidas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c. (Série A, Normas e Manuais Técnicos n. 104).
- _____. *Saber LER para prevenir DORT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001d. (Série A, Normas e Manuais Técnicos n. 106).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- SELIGMANN-SILVA, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. (Org.). *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997. p. 19-63.
- SETTIMI, M. M.; et al. Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos. In: COSTA D. F.; et al. (Org.). *Programa de saúde dos trabalhadores: a experiência da zona norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 215-241.
- SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Org.). *LER: lesões por esforços repetitivos*. São Paulo: Vozes, 1995. p. 321-355.
- SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.
- _____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. 2006. 278 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 149-186.

Angela Paula Simonelli¹
João Alberto Camarotto²
Ecléa Spiridião Bravo³
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela⁴

Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional

Proposing an articulation between methodologies to improve occupational rehabilitation process

¹ Terapeuta Ocupacional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest-Piracicaba, SP.

² Docente da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Engenharia da Produção, São Carlos, SP.

³ Médica do Cerest-Piracicaba e responsável técnica do Programa Reabilita do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Piracicaba, SP.

⁴ Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Contato:

Angela Paula Simonelli
Rua Viriato Fernandes Nunes, 70. Apto. 09. Jardim Santa Paula, São Carlos – SP
CEP: 13564-070

E-mail:

angela@dep.ufscar.br

Resumo

Este artigo discute as limitações do atual modelo de reinserção do programa de reabilitação profissional do INSS para o retorno do trabalhador afastado por acidente ou doença ocupacional. Estas limitações são discutidas em relação à avaliação parcial da incapacidade do trabalhador e à não consideração estruturada da relação homem-trabalho por ocasião do retorno do trabalhador ao seu local de trabalho. Propõe-se um modelo que utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência para os profissionais selecionarem avaliações de caráter biopsicossocial para classificação das potencialidades do trabalhador reabilitado e a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) como abordagem para a adaptação dos locais de trabalho. O modelo da CIF considera que a incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto de condições que resulta da interação pessoa-meio. A AET pressupõe a compreensão do trabalho nas suas dimensões física, cognitiva e organizacional, cuja análise é centrada na atividade real. Resulta desta proposta uma maior aproximação entre as exigências do trabalho e as potencialidades do trabalhador numa visão social do problema da reinserção.

Palavras-chave: ergonomia; reabilitação; reinserção no trabalho; incapacidade.

Abstract

This article discusses the limitations of the current work reinsertion pattern adopted by the National Social Security Institute (INSS) in its occupational rehabilitation program aimed at preparing workers to return to work after being on leave due to occupational illness or accident. These limitations are discussed regarding inadequate assessment of worker's disability and established disregard for the man-work relationship at the time workers return to their workplaces. We propose a model, which uses the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) as a reference to select biopsychosocial criterion to assess the rehabilitated workers' potentials, and Ergonomic Work Analysis (EWA) as an approach to adapt workplaces for the rehabilitated workers' return. ICF considers that disability is not an individual characteristic, but a set of conditions resulting from the person-environment interaction. EWA presumes that work is understood in its physical, cognitive, and organizational dimensions, and analyzed focusing on real activity. The proposal of this article is to narrow the gap between job demands and workers' potentials, viewing the reinsertion problem from a social standpoint.

Keywords: ergonomics; rehabilitation; work reinsertion; disability.

Recebido: 25/06/2009

Revisado: 19/03/2010

Aprovado: 23/03/2010

Introdução

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam as lesões traumáticas como o maior problema de saúde pública da atualidade, originadas em acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e acidentes gerados pela violência (TAKAHASHI, 2006). Segundo o censo demográfico de 2000 do IBGE, há no Brasil 24.800.256 pessoas com pelo menos um tipo de incapacidade.

Segundo Moon e Geicker (1998, apud TAKAHASHI, 2006), a política pública sobre reabilitação profissional tem o papel de regulação econômica dos sistemas com a finalidade de reduzir o tempo de benefícios por incapacidade e de intervenção para a redução e a superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades.

No Brasil, a reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é o único serviço oficial com essa finalidade voltado para os trabalhadores de todas as categorias profissionais que contribuem com a Previdência Social e que estão em percepção de benefício por incapacidade, e os seus dependentes maiores de 16 anos com deficiência. Também inclui os aposentados por invalidez, espontaneamente, ou quando da revisão do benefício, os dependentes pensionistas inválidos e as pessoas com deficiência sem vínculo com a Previdência, mediante convênio de cooperação técnico-financeira com instituições ou empresas (Lei nº 8213/91).

Apoiado num arcabouço legal que vai desde as leis até os memorandos internos, esse serviço foi alvo de intensas mudanças na década de 1990.

Ao sair de uma concepção sociopolítica da incapacidade para uma visão biomédica das lesões e suas causas, restringindo o conceito de incapacidade apenas para seus aspectos físicos, contextualizado com as medidas neoliberais orientadoras dessas mudanças, o programa de reabilitação profissional do INSS, agora denominado Reabilita, adota diretrizes que caminham em sentido oposto àquelas definidas por Moon e Greick (TAKAHASHI, 2006).

Autores que defendem uma concepção sociopolítica da incapacidade definem reabilitação profissional como um processo terapêutico e de profissionalização de forma integral, fortalecendo o indivíduo para superar as dificuldades decorrentes de sua incapacidade. Além da estabilização física, da ampliação da força e dos movimentos, procura atuar na estabilização psicossocial, na integração das relações sociais, cotidianas e de trabalho, através de uma identidade ressignificada. Países industrializados e desenvolvidos como Austrália, Nova Zelândia, Alemanha e EUA incorporam serviços de colocação no emprego como parte integrante de um sistema nacional de assistência às pessoas com incapacidade e adotam uma legislação com enfoque na antidiscriminação (SEYFRIED, 1998, apud TAKAHASHI, 2006).

No Brasil, o programa Reabilita não se responsabiliza pela reabilitação física do trabalhador. Esta etapa é atribuída ao Serviço Único de Saúde (SUS). Assim,

quando encaminhado para o Reabilita, o trabalhador deve estar com sua lesão estável. A reabilitação profissional se resume no encaminhamento do trabalhador de volta à empresa de vínculo para função compatível e/ou curso de requalificação profissional ou de elevação de escolaridade, quando a empresa não oferece função ou quando o trabalhador está desempregado. Essa dicotomia impede uma visão integrada do processo de reabilitação como proposto pela concepção sociopolítica da incapacidade. Os aspectos psicossociais deste processo ficam perdidos, sendo considerados apenas os aspectos biomédicos. Além disso, no Brasil, não há obrigatoriedade da colocação no emprego pelo programa público de reabilitação profissional.

Foram requeridos, no mês de junho de 2006, 604.635 benefícios por incapacidade no Brasil, segundo dados do Sistema Unificado de Informação de Benefícios (SUIBE), do INSS. Destes, 373.321 foram concedidos como auxílio-doença previdenciário, sendo 10.795 aposentados por invalidez e 2.541 concedidos como auxílio-acidente do trabalho, sendo 256 aposentadorias por invalidez decorrentes de acidente do trabalho.

Segundo o Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional (BERP) do INSS, foram registrados, no mesmo período, 40.849 casos no Reabilita e, destes, apenas 2.670 (6,4%) retornaram ao trabalho após cumprirem o programa de reabilitação profissional.

Levantamento realizado pela Diretoria de Saúde e Segurança Ocupacional da Secretaria de Políticas de Previdência do Ministério da Previdência Social mostrou que, por ano, o INSS paga R\$ 10,5 bilhões em benefícios devido a acidentes e doenças do trabalho e aposentadorias especiais decorrentes das condições ambientais do trabalho. Além dos valores pagos, as consequências das más condições nos ambientes de trabalho para aqueles que estão expostos são imensuráveis.

No âmbito das políticas públicas, necessita-se de ações que alterem esse cenário, em especial a necessidade da superação da fragmentação institucional entre áreas afins como Trabalho, Saúde e Previdência, que deem conta de uma política de Estado que consiga uma intervenção preventiva nos determinantes dos agravos à saúde decorrentes de processos patológicos de trabalho. Não se pode admitir como natural que o Estado Brasileiro assista passivamente a ocorrência evitável de epidemias de lesões e sequelas de trabalhadores.

As parcerias interinstitucionais exigem troca e transparência de dados e informações. Existe uma grande dificuldade do INSS na disponibilidade de dados para fins de ações conjuntas, principalmente aqueles de importância estratégica para as ações em saúde do trabalhador, como, por exemplo, o número de trabalhadores afastados por empresa em decorrência de agravos à saúde resultantes das atividades laborais. Essa atitude institucional tem sido motivo de tensões e conflitos entre os parceiros, uma vez que só favorece a manutenção do *status quo* e contraria o Art. 39, parágrafo 8º da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde) e as Diretrizes da Política Nacional

de Segurança e Saúde dos Trabalhadores, que têm entre suas estratégias:

Compatibilizar os sistemas e bases de dados a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;[...] Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações. (BRASIL, 2005)

Pressionados pelo movimento sindical e por pesquisadores das questões relacionadas ao mundo do trabalho, encontra-se em discussão, no Ministério da Previdência Social e no INSS, um modelo de revitalização do Reabilita que permita a integração das várias instituições que fazem interface com a saúde do trabalhador: saúde, previdência e trabalho e emprego.

A reabilitação dos trabalhadores acidentados e daqueles que possuem doenças profissionais passa necessariamente por mudanças efetivas na organização dos setores de trabalho e nos critérios de incapacidade. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referencial para a avaliação dos trabalhadores e da AET na avaliação dos processos de trabalho planejada através do estudo da incidência do número de casos em reabilitação profissional por empresa, incluindo a participação do Ministério do Trabalho e Emprego de modo a garantir a intervenção no processo produtivo e não adoecer mais trabalhadores, seria uma estratégia eficaz na redução dos danos e, por conseguinte, dos custos previdenciários e da saúde.

Assim, este artigo objetiva propor uma articulação metodológica que hoje faz falta na área de readaptação.

A perícia médica do INSS e a reabilitação profissional

O conceito de incapacidade é um elemento central no fundamento e na lógica de organização dos sistemas de previdência social (MOON; GEICKER, 1988, apud TAKAHASHI, 2006).

No Brasil, o Decreto nº 3.298/99, que dispõe sobre a política nacional de integração da pessoa com deficiência e consolida as normas de proteção definidas pela Lei nº 7.853/89, define dois conceitos importantes para a implantação de programas de reabilitação profissional: 1) deficiência: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; 2) incapacidade: redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de atividade a ser exercida.

Embora esses conceitos sejam amplos, o perito médico do INSS responsável pelo encaminhamento do

trabalhador ao programa de reabilitação profissional e pela avaliação do seu potencial laborativo depara-se com critérios restritivos para esta avaliação nas normas previdenciárias.

Ao entender a incapacidade como a impossibilidade do trabalhador “de atingir a média de rendimento/produção alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria do examinado” (TREZUB, 2006), não fica claro o que são condições normais? Quais as exigências reais das atividades laborativas do examinado? Quais os parâmetros epidemiológicos considerados para avaliar o rendimento/produção da categoria do examinado?

E ainda: “o indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho” (TREZUB, 2006), mas, qual é o desempenho?

A concepção sociopolítica da incapacidade, apoiada nos conhecimentos técnicos e científicos, mostra que a incapacidade aumenta na medida em que o ambiente social falha em se ajustar às necessidades das pessoas incapacitadas (TAKAHASHI, 2006). Assim, ser incapaz/capaz requer um referencial: incapaz/capaz para quê? Em que condições?

A classificação de abrangência de incapacidade adotada nos manuais da perícia médica do INSS como uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional (incapacidade para toda e qualquer atividade justifica a aposentadoria por invalidez) não se enquadra nos pressupostos sociopolíticos da incapacidade, pois considera apenas os determinantes físicos da incapacidade.

Distante dessas reflexões de forma abstrata e solitária ou, quando muito, com base nas tarefas prescritas fornecidas pelo perfil profissiográfico elaborado pelas empresas, o perito médico do INSS decide o futuro profissional e/ou a concessão do benefício ao trabalhador.

Quando encaminhado ao Reabilita, o trabalhador deve obrigatoriamente cumprir o programa de reabilitação profissional, que consiste na análise conjunta, de médicos peritos e orientadores profissionais, das condições socioeconômicas, do nível de escolaridade e do potencial laborativo do trabalhador e na solicitação à empresa de função compatível com as restrições observadas. O certificado de reabilitado é concedido ao trabalhador quando ele retorna à empresa em uma nova função ou na mesma função com restrições, após treinamento, ou quando a empresa recusa o retorno, porém, o trabalhador se qualifica para uma nova função através de cursos de capacitação ou profissionalizantes.

Com o certificado de reabilitado, o trabalhador pode preencher as vagas criadas pela Lei nº 8.213/91 (Lei de Cotas) nas empresas. Uma vez certificado pelo INSS, o Ministério do Trabalho e Emprego não questiona a compatibilidade ou não da função oferecida com as restrições do trabalhador, o que dá ao programa de reabilitação profissional do INSS uma grande responsabilidade ao concluir uma certificação.

É previsto na legislação previdenciária a visita da equipe do programa de reabilitação ao posto de trabalho, mas as avaliações são pontuais e restritas aos casos de resistência sistemática de retorno ao trabalho. Além disso, existe uma fragilidade da equipe em negociar novos postos de trabalho com as empresas devido ao desconhecimento dos riscos existentes no ambiente, no processo de trabalho e nas relações de trabalho, resultando em baixa fixação dos trabalhadores nas novas funções. A falta de articulação com as empresas, muitas vezes, provoca a demissão do trabalhador ou o retorno para a perícia médica após algum tempo, tornando o processo de reabilitação profissional ineficaz.

A reabilitação profissional é uma atribuição do Ministério da Previdência Social, mas só ela não garantirá as melhorias que se fazem necessárias para o retorno ao trabalho dos seus segurados na mesma função ou não. A eficácia e a efetividade da reabilitação profissional dependem de políticas econômicas que privilegiem não apenas o crescimento econômico, mas a vida e a saúde do trabalhador, de políticas preventivas nos ambientes de trabalho, da assistência em saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados, e de intervenções, nas atividades e nas relações de trabalho, das empresas com os reabilitados (TAKAHASHI, 2006).

Abordagens sobre o conceito de incapacidade

Em contraposição às abordagens biomédicas que orientam as diretrizes do programa de reabilitação profissional do INSS, tem sido desenvolvida uma corrente político-teórica iniciada no Reino Unido desde a década de 1960: o modelo social da incapacidade (OLIVER, 1990). Segundo este autor, a ideia básica do modelo social é a de que a incapacidade não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social.

O ponto de partida teórico do modelo social é que a incapacidade é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, isto é, da combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade (lesão) a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal (OLIVER, 1990).

O modelo biomédico vê a incapacidade como um atributo da pessoa, diretamente causada por doença, trauma ou por outra condição de saúde, que requer cuidado médico oferecido na forma de tratamento individual por profissionais. A incapacidade, neste modelo, requer tratamento médico ou outro tratamento ou intervenção para “corrigir” o problema na estrutu-

ra do corpo da pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O modelo social de incapacidade, por outro lado, vê a incapacidade como um problema socialmente criado e não totalmente como um atributo de um indivíduo. No modelo social, a incapacidade demanda uma resposta política, uma vez que o problema é criado por um ambiente não acomodatório, trazido por atitudes e outras características do ambiente social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Ao revisar a contribuição das diferentes teorias para os estudos da incapacidade, Oliver (1998) considera que o positivismo tem dominado os estudos nessa área com pesquisas, geralmente, que buscam, através de métodos estruturados, conhecer variáveis objetivas, mas desprezando a subjetividade dos que vivem a experiência da deficiência ou da incapacidade. Crítica a influência da teoria funcionalista nos estudos e as intervenções do modelo biomédico, que visaria curar e manter dentro do funcionamento “normal” os indivíduos e a sociedade, confundindo incapacidade e deficiência com doenças, assim como tratando essas pessoas como um grupo homogêneo.

O autor opina que, embora poucos, os estudos específicos sobre a incapacidade e a deficiência têm tido o mérito de relativizar o conceito de corpo saudável, permitindo que se veja que apresentar uma incapacidade não significa, necessariamente, não ter saúde.

Verbrugge (1994) coloca que a incapacidade é um *gap* entre a capacidade pessoal e a demanda das tarefas e que, para reduzi-la, pode-se intervir de duas maneiras: incrementando a capacidade das pessoas, seguindo o modelo biomédico mais frequentemente utilizado, ou ajustando a demanda das tarefas, neste caso seguindo os pressupostos do modelo social da deficiência e da análise da atividade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), ambos os modelos são válidos, porém, a incapacidade é um fenômeno complexo que é tanto um problema no corpo da pessoa, como também um fenômeno complexo e primariamente social. A incapacidade é sempre uma interação entre os atributos da pessoa e os atributos do contexto geral em que esta vive, mas alguns aspectos da incapacidade são quase inteiramente internos à pessoa, enquanto alguns outros aspectos são quase inteiramente externos. Em outras palavras, ambas as respostas médica e social são apropriadas aos problemas associados à incapacidade e não podemos rejeitar totalmente qualquer um dos tipos de intervenção.

Um modelo mais adequado de incapacidade, em resumo, é aquele que sintetiza os dois modelos (biomédico e social) sem cometer o erro de reduzir a noção complexa e total de incapacidade a apenas um dos seus aspectos.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF é baseada na integração dos modelos biomédico, psicológico e social. A CIF fornece, por esta síntese, uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (BUCHALLA, 2001). A incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da interação pessoa-meio.

O uso da CIF já está previsto na legislação previdenciária para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) através do decreto que regulamenta a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Está em discussão, no plano de revitalização do Reabilita, a implantação da CIF para subsidiar os profissionais na avaliação da incapacidade dos trabalhadores em programa de reabilitação profissional.

O termo “incapacidade” introduzido pela CIF difere do termo “utilizado” pela ICIDH, classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) anterior à CIF. Enquanto na ICIDH, incapacidade era definida como qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar uma atividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano, com a CIF, incapacidade (*disability*) não é definida como consequência de uma deficiência (*impairment, deficiency*), mas sim como o resultado da interação da pessoa com o meio ambiente.

O modelo da CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva po-

sitiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. As classificações consistem em uma análise de relato clínico e histórico ocupacional, além de avaliações clínicas da estrutura do corpo, seguindo a proposta da classificação da OMS.

Segundo o **Quadro 1**, as funções do corpo são definidas como as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo. As estruturas são definidas como as partes anatômicas do corpo, como os órgãos e seus componentes. A atividade e a participação (A & P) descrevem como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e as estruturas do seu corpo. O conteúdo desses componentes (A & P) é organizado desde as simples tarefas e ações até as áreas mais complexas da vida, sendo incluídos itens referentes: à aprendizagem e à aplicação do conhecimento; a tarefas e demandas gerais; à comunicação, à mobilidade, aos cuidados pessoais, às atividades e às situações da vida doméstica; a relações e interações interpessoais; à educação e ao trabalho; à autossuficiência econômica; à vida comunitária (BUCHALLA, op. Cit.).

Ainda, no **Quadro 1**, os fatores ambientais compreendem os fatores externos do meio ambiente onde a pessoa vive e podem caracterizar-se como barreiras ou facilitadores à execução de atividades e ao envolvimento das pessoas numa situação da vida social. Esse componente inclui itens referentes a produtos e tecnologia; ambiente natural como clima, luz, som; apoios e relacionamentos; atitudes individuais e sociais; normas e ideologias; serviços, sistemas e políticas de previdência social, saúde, educação, trabalho e emprego, transportes, dentre outros (BUCHALLA, op. Cit.).

Quadro 1 Conceituações e terminologias dos componentes relatados na CIF

Componente	Estruturas do corpo Funções do corpo	Atividade	Participação	Fatores ambientais
Definição	Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo as funções mentais). Estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo.	Atividade é a execução de tarefas realizadas no dia a dia de um indivíduo.	Participação é o envolvimento numa situação da vida social	Compreende os fatores externos do meio ambiente onde a pessoa vive
Aspecto Positivo	Integralidade funcional e estrutural	Atividade	Participação	Facilitadores
Funcionalidade				
Aspecto Negativo	Deficiência	Limitação da atividade	Restrição da participação	Barreiras/obstáculos
Incapacidade				

Fonte: Adaptado de: (1) WHO. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF*. Geneva, 2002 e (2) OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.

As limitações de atividade são as dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma determinada atividade. As restrições à participação social são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.

O reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho de suas atividades e na participação social, mudou o foco do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas.

Análise Ergonômica do Trabalho (AET)

A Análise Ergonômica do Trabalho (GUÉRIN et al., 2001) é uma abordagem de situações de trabalho que privilegia a relação entre as condições de execução do trabalho e as atividades desenvolvidas pelos operadores, privilegiando esta última como foco central da análise. Nesta abordagem, o trabalho é analisado de forma indissociável nas suas dimensões física, cognitiva e organizacional e considerado uma atividade humana vinculada aos contextos socioeconômico e pessoal, constituída por três aspectos: a tarefa que define o trabalho a ser realizado, antecipando os resultados e determinando as condições para a sua execução, a atividade para a realização das tarefas com a utilização do corpo e da inteligência do homem e os resultados efetivos dessa atividade.

A AET possibilita a observação do trabalho real dos operadores para compreender como eles criam mecanismos intelectuais para entender os problemas a que são submetidos e quais os processos cognitivos que utilizam para a execução do trabalho (ABRAHÃO, 2000).

De acordo com Vidal (2001), a AET analisa como o operador constrói os modos de executar as tarefas determinadas pela organização do trabalho de acordo com um conjunto de características pessoais de critérios de desempenho.

Segundo Wisner (1994), a AET é feita através da observação participativa de forma sistemática das situações de trabalho, em que se procura entender como o trabalho é efetivamente realizado. Utiliza-se, para tal, análises: de demanda e propostas de contrato; dos ambientes técnico, econômico e social; e das atividades e da situação de trabalho com restituição dos resultados aos operadores.

O processo de aplicação da AET finaliza com a formulação de um diagnóstico explicativo sobre os determinantes que geraram a demanda. Este diagnóstico, após sua validação, possibilita a elaboração de recomendações para a intervenção na situação em estudo (WISNER, 1994).

Para Guérin et al. (op. Cit.), a AET utiliza a análise do trabalho real com o objetivo de compreender as estratégias utilizadas pelos operadores para realizar suas

tarefas. Segundo os autores, a atividade de trabalho é um conjunto de fenômenos (fisiológicos, psicológicos, psíquicos...) que caracteriza o ser vivo cumprindo atos. Estes resultam de um movimento do conjunto do homem (corpo, pensamento, desejos, representações, história) adaptando-se a um objetivo socialmente determinado e gerando um resultado que é sempre uma "obra pessoal", sinal de habilidade, personalidade etc. daquele que o produziu.

A Análise Ergonômica da Atividade é a análise das estratégias (regulação, antecipação etc.) usadas pelo operador para administrar a distância entre as tarefas prescritas e as atividades reais de trabalho, ou seja, a análise do sistema homem/tarefa. Nesta perspectiva, ao analisar a atividade de trabalho, é necessário procurar conhecer as diferenças entre as tarefas prescritas e as atividades reais de trabalho (GUÉRIN et al., 2001).

Segundo estes autores, sendo a tarefa um conjunto de prescrições concebidas externamente ao trabalhador e que impõem uma maneira de proceder no trabalho em um período de tempo, é admitido um distanciamento do que foi proposto pela organização e o que realmente é feito pelo operador.

O trabalho real só pode ser compreendido através da atividade de trabalho realizada pelo operador. A atividade de trabalho é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, que é o objetivo da prescrição. Vidal (op. Cit.) completa afirmando que o trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, e é este distanciamento que provoca a inadequação da carga de trabalho e os constrangimentos aos operadores.

Segundo Lima (2000), a compreensão das diversidades de uma situação de trabalho indica que os trabalhadores possuem um conhecimento sobre o trabalho e que é importante, durante a análise, revelar suas estratégias e seus modos operatórios, suas competências e seus saberes tácitos, a forma de regulação das exigências contraditórias e as negociações que ocorrem no interior do processo da atividade de trabalho.

A prática da observação traz algumas controvérsias sobre "o quê" e "como" observar. A interação do pesquisador com a situação de trabalho é movida por uma demanda que parte dos atores sociais envolvidos, portanto não é uma observação neutra e ingênua. A análise e a reformulação da demanda vão orientar o aprofundamento do estudo a partir de hipóteses explicativas sobre a questão em investigação, resultando num processo de análise sistemática da atividade real. Portanto, as observações sistemáticas devem ser direcionadas para a coleta de informações com objetivos determinados, que podem envolver as seguintes categorias (GUÉRIN op. Cit.):

- a) As posturas físicas assumidas pelos funcionários para a realização das atividades;
- b) As ações e as tomadas de informações pelos funcionários durante a realização da atividade;

- c) Os deslocamentos dos funcionários para executar a atividade;
- d) O arranjo físico do ambiente;
- e) As dimensões dos postos de trabalho;
- f) As habilidades sensoriais (visual e auditiva), motoras e cognitivas necessárias à realização da atividade;

Sendo a atividade de trabalho uma forma de o trabalhador alcançar os objetivos que lhe foram designados, o trabalho funciona como um elemento integrador entre fatores externos ao operador, que são os objetivos determinados pela empresa e os meios postos a sua disposição, e os fatores internos, que dizem respeito às características do organismo humano, ao conhecimento e à experiência adquiridos pelos operadores ao longo de sua história de vida, a sua personalidade e aos seus desejos pessoais.

A ergonomia, na abordagem da AET, não estabelece diferença quanto ao trabalhador apresentar incapacidade ou não, pois seu pressuposto é de que a dinâmica das condições reais de execução do trabalho é a que define a forma específica da realização da atividade. Desta forma, a ergonomia situada pode contribuir para a compreensão e a avaliação das situações de inclusão no trabalho, apontando soluções específicas para certos problemas, sejam estes de caráter fisiológico, patológico, transitório ou de diferentes tipos de dificuldades (ZURIMENDI, 1994).

Modelo de reinserção baseado na atividade

O esboço do modelo apresentado a seguir é uma alternativa para as atividades de reinserção de trabalhadores em situações de trabalho após sua liberação pela perícia médica do INSS. Este modelo tem como base de análise do trabalho pela abordagem da AET (GUÉRIN, 2001) e de conceitos derivados do *design* participativo (DANIELLOU, 2000; GARRIGOU et al., 2002) no projeto de situações futuras, aqui considerado para situações de trabalho, que devem ser adaptadas em função de mudanças nas características psicofísicas dos novos (futuros) ocupantes.

Considera-se, nesta proposição, a existência de uma situação de incapacidade, como definida por Sperandio e Uzan (2007):

redução total ou parcial (resultante de uma deficiência) da capacidade de realizar uma atividade, de uma maneira ou dentro dos limites considerados normais para um ser humano. (p. 407)

É definida como a distância temporal, tecnológica e organizacional entre a saída do trabalhador do seu local de trabalho antes do afastamento por acidente ou doença ocupacional e seu retorno após a liberação pelo INSS. Esta situação de afastamento funcional, para

efeito do modelo proposto, é tratada conceitualmente como uma situação de trabalho futura (DANIELLOU, op. Cit.) tomando como referência o trabalhador a ser reinserido.

O ponto de partida é a análise das situações potenciais de reinserção – situações de referência – sobre as quais poderão ser selecionadas situações possíveis de serem adaptadas. Esta análise se faz por um diagnóstico da atividade atual e uma prescrição, considerando, de um lado, as estratégias eficazes e seguras dos operadores atuais (estratégias de concepção) e, de outro, as estratégias ineficazes e de risco (estratégias de correção), conforme Lamonde (2007).

A escolha das situações de referência deve ser feita por profissionais de ergonomia, segurança e saúde ocupacional, considerando como critérios: a) o processo de recuperação e a funcionalidade do trabalhador a ser reinserido; b) sua ocupação antes do afastamento; c) os impactos cognitivos sobre o trabalhador em decorrência da defasagem nos processos de produção durante o período de afastamento; e d) os impactos psicológicos derivados da gravidade da lesão. Esta escolha deve considerar a análise do trabalhador em suas potencialidades, seus conhecimentos, as barreiras e os facilitadores da execução de atividades.

Esta análise permite a qualificação dos procedimentos adotados para o retorno do trabalhador pela adequação do processo de trabalho e do ambiente (espaços, artefatos, acessibilidade e relações sociais). As potencialidades do trabalhador reinserido são realizadas utilizando-se a CIF (BUCHALLA, 2001), em que são descritas a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Associando os modelos biomédico e social a partir do referencial metodológico da CIF na abordagem da incapacidade para que haja eficácia e efetividade na reinserção, além da caracterização da capacidade e da incapacidade funcional de uma pessoa, há a necessidade de adequar as exigências do trabalho à capacidade de quem o realiza. É necessário analisar as atividades de trabalho, compreendendo adaptações dos meios físicos, seus conteúdos organizacionais e processos técnicos às pessoas, reduzindo a distância entre a incapacidade funcional e os objetivos da produção (SIMONELLI, 2009).

O conhecimento advindo da análise da atividade de trabalho na abordagem da AET permite compreender como os trabalhadores realizam suas atividades e permite explicar quais os mecanismos que o trabalhador possui para atingir seus objetivos com menor desgaste e como avaliar a carga de trabalho envolvida neste processo. Serve também de subsídio para analisar as habilidades necessárias que o trabalhador deve possuir para realizar efetivamente a tarefa prescrita.

Esta modelagem foi proposta utilizando-se como referência as etapas básicas da AET (WISNER, 1994), adaptadas para as situações de reabilitação a partir da proposta de Simonelli e Camarotto (2008) e Simonelli (2009) para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho, dividida em três etapas (**Figura 1**):

I – Análise das tarefas e atividades

- a) Estudo das tarefas nas situações de referência: posturas, movimentos, requisitos técnicos das tarefas, mudanças técnicas e organizacionais;
- b) Análise das estratégias de operação: procedimentos operacionais, conhecimentos tácitos, conhecimentos contextualizados;

Esta análise, denominada de “análise das situações de referência” (DANIELLOU, 2007), pode ser adaptada para a situação de reabilitação considerando-se as possibilidades de mudanças na realização das atividades, em função das características organizacionais (divisão das tarefas, comunicação entre tarefa), sobre as características técnicas (regulagens, velocidades, sequências) e sobre os constrangimentos referenciados pelos atuais operadores das tarefas. Esta análise resulta em “situações de ação características, futuras e prováveis” (op. Cit.) como um mapeamento da variabilidade e possibi-

lidades de realizar as mesmas tarefas ou alternativas de novos rearranjos das tarefas.

II – Classificação de funcionalidade e adequação do trabalho

- c) Análise do trabalhador reinserido: potencialidades, barreiras e facilitadores, conhecimentos operacionais;
- d) Programa de reabilitação;
- e) Adequação da situação de trabalho: rearranjo do local e das tarefas com adaptações de artefatos, facilitadores para as tarefas, acessibilidade e relações sociais; em função do resultado da análise das tarefas e atividades.

III – Reinserção (projeto e avaliação da prescrição)

- f) Estágio de reinserção: ocupação do posto pelo trabalhador reinserido com acompanhamento psicossocial e de desempenho técnico;
- g) Avaliação das tarefas e do local pelo trabalhador e por técnicos envolvidos.
- h) Geração de novos requisitos de tarefas e de novas adequações.

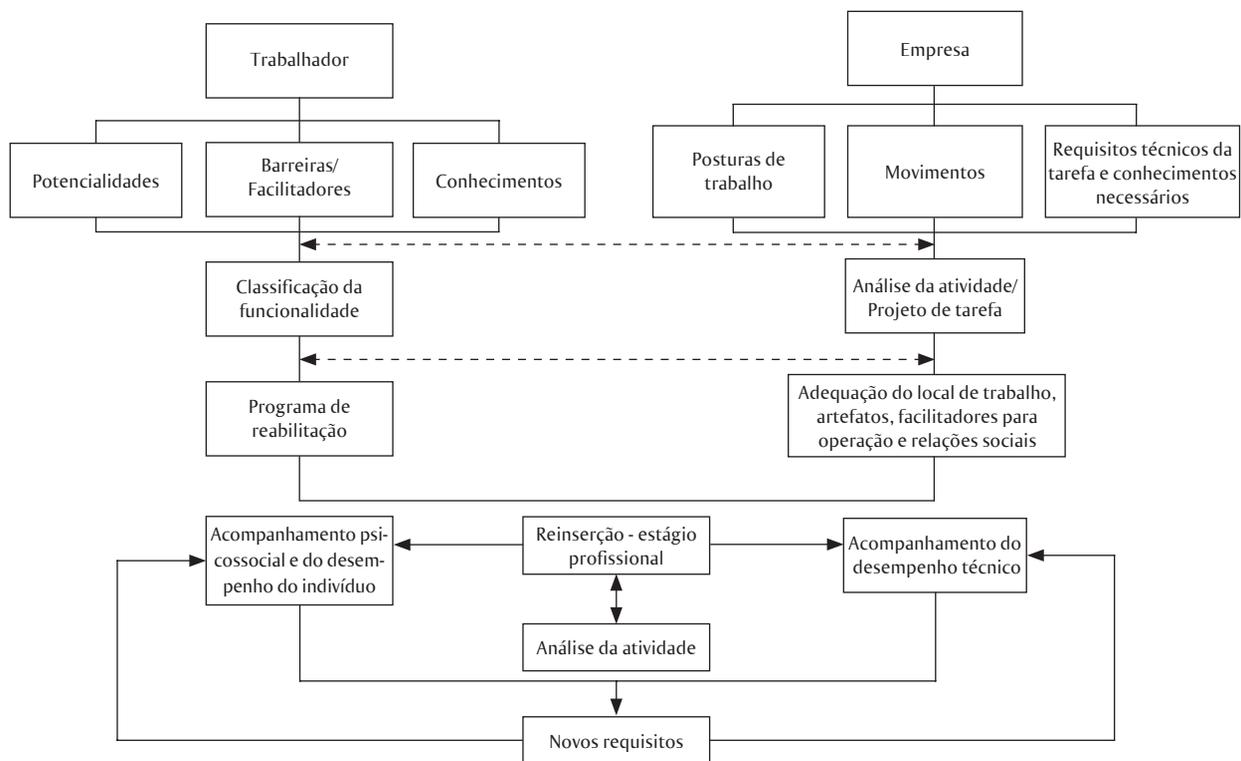


Figura 1 Proposta de modelo de reinserção no trabalho

Fonte: adaptada de Simonelli (2009)

Discussão

O afastamento em decorrência de lesões por acidentes ou doenças ocupacionais expõe o trabalhador a constrangimentos de ordem pessoal pelas limitações físicas, decorrentes da lesão, psicológicas, pelo trauma sofrido, e de ordem social, por excluí-lo (mesmo que temporariamente) do trabalho.

Estes constrangimentos são agravados quando de seu retorno ao trabalho após o processo de reabilitação, por mudanças ocorridas no ambiente de trabalho nos processos de produção ou na organização. Assim, o deslocamento entre as expectativas do trabalhador e a nova realidade do ambiente de trabalho deverá ser tanto maior quanto for o tempo de afastamento. Neste sentido, a reinserção necessita considerar formas de diminuir este descolamento.

Não se pode considerar o processo de reabilitação desvinculado do processo de reinserção, como não se pode deixar de considerar a análise da atividade de trabalho para a adequação do local de trabalho ao trabalhador reinserido. O foco da análise da atividade está na observação em situação real e na forte interação com o trabalhador. Segundo Guérin et al. (2001), a análise da atividade incide sobre um trabalho efetivamente realizado, enquanto que as outras abordagens se apoiam em representações artificiais deste trabalho, portanto, fora da realidade efetiva da realização do trabalho.

Considerar o trabalhador como sujeito ativo e transformador da realidade do trabalho é uma ação social e uma forma econômica de garantir o sucesso da reinserção no trabalho. É necessário também considerar que o processo de reinserção (e de reabilitação) não pode ser

considerado como uma responsabilidade ou insuficiência do trabalhador.

O acidente e a doença ocupacionais são fenômenos indesejáveis gerados por e nos ambientes de trabalho como resultado de uma desestruturação entre o projeto das situações de trabalho e as condições concretas de sua realização. Portanto, os efeitos dos acidentes e das doenças ocupacionais devem ser equacionados no âmbito do contexto deste trabalho.

A reabilitação profissional, ao se apoiar na AET, incide sobre os determinantes do desequilíbrio entre o processo de trabalho e o ser humano e pode auxiliar no surgimento da dimensão preventiva, de modo que um trabalho patogênico, que adoeceu ou acidentou pessoas, seja corrigido, eliminado.

Como não existem ilhas isoladas dentro de sistemas complexos interligados, ao tornar saudável uma situação de trabalho, a reabilitação profissional pode auxiliar na adoção de uma atitude preventiva dentro da organização, despertando um olhar crítico sobre outros processos e situações que ainda apresentem potencial de risco à saúde.

O processo de reinserção do trabalhador reabilitado apresenta uma dificuldade maior se comparado com o início de trabalho de um trabalhador novato (ou de mudança de emprego) em uma nova situação, pois o trabalhador reabilitado traz consigo os reflexos negativos de situações anteriores que determinaram seu afastamento e consequente redução (temporária ou permanente) de sua capacidade laboral. Este modelo, embora trate particularmente desta situação, ainda necessita de uma reflexão prática que lhe permita avançar na compreensão dos processos psíquicos e sociais desta relação.

Referências

- ABRAHÃO, J. I. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 49-54, 2000.
- BUCHALLA, C. M. (Org.). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- BRASIL. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE Nº 800, de 03 de maio de 2005 - DOU de 05/05/2005. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 maio 2005. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/>>. Acesso em: 17 fev. 2009.
- DANIELLOU, F. Análise da atividade futura e a concepção de instalações externas. In: DUARTE, F. (Org.). *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2000. p. 75-83.
- _____. A ergonomia na condução de projetos de concepção de sistemas de trabalho. In: FALZON, P. (Ed.). *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 303-316.
- GARRIGOU, A. et al. *A análise de atividades no âmbito intrínseco e extrínseco do design participativo*. CITEC. Separata, 2002.
- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- LAMONDE, F. As prescrições dos ergonomistas. In: FALZON, P. (Ed.). *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 331-342.
- LIMA, F. P. A. Ergonomia e projeto organizacional: a perspectiva do trabalho. *Revista Produção*, n. Especial, p. 71-98, 2000.
- OLIVER, M. *The politics of disablement*. London: MacMillan, 1990.
- _____. Theories in health care and research: theories of disability in health practice and research. *British Medical Journal*, v. 317, n. 7170, p. 1446-1449, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde*: CIF. Genebra: OMS, 2002.

SIMONELLI, A. P. Contribuições da análise da atividade e do modelo social para a inclusão no trabalho de pessoas com deficiência. 2009. 221 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Departamento de Engenharia de Produção - TTO - Trabalho, Tecnologia e Organização, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, J. A. Industrial task analysis approach as a tool for inclusion of peoples whit special needs in the work market. *Occupational Therapy International*, v. 15, p. 150-164, 2008.

SPERANDIO, J.; UZAN, G. Ergonomia dos suportes técnicos informáticos para pessoas com necessidades especiais. In: FALZON, P. (Ed.). *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 407-422.

TAKAHASHI, M. A. C. *Incapacidade e previdência social*: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. 2006.

332 f. Tese (Doutorado)-Univesidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

TREZUB, C. J. *Perícia médica: conceitos e fundamentos*. Sociedade Brasileira de Perícias Médicas, 2006. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/previmpa/usu_doc/microsoft_powerpoint_-_claudio_trezub_2_%5Bsomente_leitura%5D.pdf>. Acesso em: 18 maio 2009.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. *Social Science Medicine*, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994.

VIDAL, M. C. R. *Ergonomia na empresa: útil, prática e aplicada*. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2001.

WISNER, A. A metodologia na ergonomia: ontem e hoje. In: _____. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 1994. p. 87-107.

ZURIMENDI, M. M. Conceptos de ergonomia: critérios para la adaptacion persona - puesto. In: FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA. *Metodologias y estrategias para la integracion laboral*. Madrid: Mapfre, 1994. p. 92-99.

Gutembergue Livramento¹

Tânia Franco²

Alaíde Livramento³

A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT

Lian Gong/Qi Gong – Chinese therapeutic and preventive exercise as an instrument for Cumulative Trauma Disorder prevention and rehabilitation

¹ Professor da graduação e mestrando da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); Mestre de Kung Fu, Tai Chi Chuan e Qi Gong pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Shenzhen, Guangdong, China; Fisioterapeuta com especialização em Fisiologia do Exercício; formação em Engenharia e Biologia; Presidente do Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Qi Gong e Medicina Chinesa (Ibrapeq).

² Pesquisadora do CRH/UFBA, com formação em Economia, Medicina, Mestrado e Doutorado em Ciências Sociais; formação em Qi Gong.

³ Professora de Qi Gong e Tai Chi Chuan Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Qi Gong e Medicina Chinesa (Ibrapeq).

Contato:

Gutembergue Livramento

Rua Renato de Menezes Berenguer,
185, Apto. 802B, Pituba, Salvador,
Bahia, Brasil.

CEP: 41830-315

E-mail:

gutemberguelivramento@yahoo.com.br

Recebido: 30/06/2009

Revisado: 05/04/2010

Aprovado: 15/04/2010

Resumo

Este ensaio traz elementos da medicina ocidental, da medicina tradicional chinesa e da sociologia do trabalho para reflexão sobre o Qi Gong – exercícios terapêuticos, um dos pilares da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – como importante meio de prevenção da LER/DORT e recuperação da saúde. Considerando a natureza interdisciplinar e diversos níveis de prevenção, aborda aspectos sociológicos sobre as condições de trabalho frequentemente relacionadas com este tipo de adoecimento e categorias de trabalhadores mais acometidos. Focaliza aspectos médicos sobre a LER/DORT e as Síndromes de Bloqueio na MTC, estabelecendo canais de articulação e contribuição entre esses campos de conhecimento sobre a saúde humana. Ressalta o Qi Gong como importante prática terapêutica e preventiva na MTC e sua adequação à LER/DORT. No âmbito do Qi Gong, focaliza o *Lian Gong Shi Ba Fa* – Lian Gong em 18 Terapias, já amplamente experimentado na China e divulgado, inclusive no Brasil, para tratar e prevenir síndromes de dor em região cervical, ombros, membros superiores, membros inferiores e região lombar. À guisa de conclusão, são apresentadas algumas reflexões sobre a propriedade e a importância do Qi Gong na reabilitação e na prevenção da LER/DORT.

Palavras-chave: LER/DORT; saúde do trabalhador; medicina tradicional chinesa; Qi Gong.

Abstract

This paper evaluates Qi Gong – therapeutic exercises, one of the pillars of the Traditional Chinese Medicine (TCM) – as an important tool of preventing Cumulative Trauma Disorders (CTD) and healing, using allopathic medicine, TCM, and sociology of work elements. Considering its interdisciplinary nature and various levels of CTD prevention, this study examines the sociological aspects of work conditions that are usually associated with CTD and with groups that most frequently report symptoms. It focuses on CTD medical aspects and on TCM Blocking Syndromes, opening channels of communication and contribution between these fields of knowledge. It emphasizes that Qi Gong is an important therapeutic and preventive practice within TCM, and that is suitable for treating CTD. Within Qi Gong, it emphasizes Lian Gong Shi Ba Fa – Lian Gong in 18 therapies, which has been broadly experienced in China, and also publicized in Brazil, for treatment and prevention of pain syndromes in the upper and lower limbs, as well as in the cervical and lumbar regions. It finalizes by presenting considerations on the suitability and importance of Qi Gong for rehabilitation and prevention of CTD.

Keywords: cumulative trauma disorders; occupational health; traditional chinese medicine; Qi Gong.

Introdução

O presente ensaio apresenta elementos da medicina ocidental, da medicina tradicional chinesa e da sociologia do trabalho, visando refletir sobre as possibilidades e os limites do Qi Gong⁴ para a prevenção da LER/DORT e para a recuperação da saúde.

Tais reflexões precisam dividir tanto as possibilidades, quanto os limites do uso do Qi Gong com estes objetivos. Isto porque a LER/DORT é uma forma de adoecimento fortemente dependente da organização e das condições de trabalho. A centralidade do trabalho na geração da LER/DORT é, hoje, reconhecida no campo científico internacional e nacional da saúde e trabalho. Portanto, a prevenção e a reabilitação da LER/DORT requerem contribuições interdisciplinares – da medicina clínica, da ergonomia, da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho, dentre outras.

As ações preventivas e reabilitadoras precisam envolver conhecimentos em todos estes campos e fundamentar diferentes níveis de mudanças necessárias. Num primeiro nível, *macrossocial*, trata-se de mudanças para liberar o trabalho das amarras da ótica unilateral da produtividade cega e do lucro desmedido das empresas. São mudanças de caráter estrutural, profundas e de longo prazo nas sociedades atuais, nas quais ainda prevalecem as formas predatórias de trabalho alienado. Ações neste nível requerem mudanças profundas de consciência sobre o trabalho e a vida social e transformação do trabalho patogênico em trabalho digno e saudável.

Em segundo lugar, mudanças – de caráter coletivo, mas pontuais – na *organização* e nas *condições de trabalho*. Referimo-nos à fragmentação do trabalho, aos ritmos intensos, à pressão de tempo, às metas inalcançáveis, às jornadas de trabalho exaustivas, às necessidades de pausa, de descanso etc., aspectos relacionados aos limites biopsicossociais dos seres humanos que precisam ser respeitados pela gestão do trabalho. Mudanças neste nível têm sido implementadas em maior ou menor grau, em diferentes países, desde fins da década de 1960, passando por retrocessos desde os anos de 1990 com a crescente terceirização e precarização do trabalho.

Em terceiro lugar, referimo-nos às medidas preventivas envolvendo o fortalecimento dos *indivíduos*. Fortalecimento em dois sentidos interrelacionados, mas irreduzíveis entre si. Num primeiro sentido, trata-se de fortalecer a consciência crítica e transformadora dos indivíduos sobre o mundo real do trabalho. Esta consciência é a base para as mudanças nas condições aviltantes de trabalho prevalentes hoje. Num outro sentido, o foco é o fortalecimento do indivíduo en-

quanto unidade orgânica mente/corpo, favorecendo a integração biopsíquica, a saúde e sua construção como cidadão ser humano.

Nesta dimensão, a medicina tradicional chinesa – e o Qi Gong especificamente – tem duas características importantes que justificam a necessidade de sua incorporação, difusão e popularização no ocidente. Por um lado, consiste numa prática milenar, ou seja, consagrada, experimentada, amplamente testada ao longo de muitas gerações humanas, constituindo, hoje, um patrimônio da humanidade voltado para a preservação da capacidade vital e da saúde. Por outro lado, o Qi Gong é uma prática terapêutica que pode ser compreendida, aprendida e exercida pelas pessoas com relativa facilidade, apesar de sua complexidade, rompendo com a passividade dos tratamentos ocidentais de saúde e com o acesso restrito às práticas preventivas e holísticas.

Objetivamos com este ensaio, trazer elementos para esta compreensão, elucidando que a prevenção da LER/DORT precisa se dar em vários planos e que o Qi Gong pode ter um papel fundamental para trabalhar o plano do indivíduo. Pensamos ser indispensável a interação entre práticas de fortalecimento mente/corpo do indivíduo (Qi Gong) e atividades de formação crítica sobre o trabalho alienado contemporâneo para que se potencialize a *capacidade de adaptação e de transformação* dos indivíduos em sociedade e não apenas a adaptação individual a uma vida social patogênica.

A difusão e a popularização do Qi Gong como prática preventiva da LER/DORT e de recuperação da saúde pode se dar, dentre outras formas, através de: i) propostas integradas de *formação teórica* social crítica e *prática* de Qi Gong para populações de risco, contemplando tanto elementos teóricos da sociologia do trabalho, da psicologia social, da psicodinâmica do trabalho, da saúde do trabalhador, da ergonomia, dentre outros – que qualificam e permitem ressignificar o desgaste da saúde no trabalho à luz do conhecimento sobre as condições e a organização do trabalho patogênico, – quanto o fortalecimento dos indivíduos com a prática do Qi Gong; ii) estudos e pesquisas que contribuam para a sua inclusão em políticas públicas de saúde visando, sobretudo, à prevenção e à recuperação da saúde em indivíduos sob condições de trabalho que geram LER/DORT.

Inicia-se este ensaio com breves considerações sobre a conceituação e a prevalência das LER/DORT no mundo e no Brasil. Em seguida, são apresentados aspectos médicos sobre LER/DORT (formas clínicas, estágios de adoecimento e tratamento) e sobre a Síndrome Bi na Medicina Tradicional Chinesa (obstrução dolorosa que acomete frequentemente articulações, músculos e tendões). Em seguida, são abordados aspectos gerais sobre o Qi Gong, focalizando-se o *Lian Gong Shi Ba Fa*

⁴ Qi Gong ou Chi Kung: literalmente “exercícios de energia”, consiste em práticas milenares usadas para estimular, nutrir e canalizar o fluxo de energia na rede de meridianos do organismo humano, revitalizando o corpo e a mente. Constitui um dos pilares da Medicina Chinesa, juntamente com a Fitoterapia/Farmacologia, Dietoterapia, Tui Nã e Acupuntura/Moxabustão.

– Lian Gong em 18 Terapias, já amplamente experimentado e divulgado desde 1975, “para tratar e prevenir síndromes doloridas no pescoço, nos ombros, na região lombar e nas pernas” (ZHUANG, 2000, p. 6). À guisa de conclusão, são apresentadas algumas reflexões sobre a prevenção da LER/DORT e o Qi Gong.

LER/DORT: conceituação e breve histórico

A LER/DORT,⁵ hoje, é reconhecida legalmente no Brasil e em vários países como uma doença estreitamente relacionada ao trabalho.

O termo LER – Lesão por Esforços Repetitivos – foi adotado no Brasil, entre 1986 e 1998, equivalente aos termos utilizados na Austrália: OOS – *Occupational Overuse Syndrome* e posteriormente RSI – *Repetition Strain Injuries*. Nos EUA e demais países anglo-saxônicos: CTD – *Cumulative Trauma Disorders*, dentre outros. No Brasil, esta denominação foi alterada para DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, através da OS n° 606, de 05 de agosto de 1998 do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e, “em 2003, esse instituto alterou novamente a terminologia para LER/DORT”, conforme Almeida (2009, p. 25).

Constam da lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social as seguintes entidades nosológicas, passíveis de serem reconhecidas como LER/DORT, conforme Maeno et al. (2006, p. 22-23):

Síndrome cervicobraquial; Dorsalgia; cervicalgia; Ciática; Lumbago com ciática; Sinovites e tenossinovites; Dedo em gatilho, Tenossinovite do estilóide radial (Tenossinovite de De Quervain); Outras sinovites e tenossinovites; Sinovites e tenossinovites não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite crepitante crônica da mão e do punho; Bursite da mão; Bursite do olecrano; Outras bursites do cotovelo; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos

moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da fáscia palmar (contratura ou moléstia de Dupuytren); Lesões do ombro; Capsulite adesiva do ombro (ombro congelado, periartrose do ombro); Síndrome do manguito rotador ou síndrome do supra-espinhoso; Tendinite bicipital; Tendinite calcificante do ombro; Bursite do ombro; Outras lesões do ombro; Lesões do ombro não-especificadas; Outras entesopatias; Epicondilite medial; Epicondilite lateral (cotovelo de tenista), Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia).

Maeno et al. (2006, p. 25) destacam a síndrome do impacto como entidade nosológica frequente, porém “não especificada no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde/Doenças Relacionadas ao Trabalho”. Salientam a importância, em conformidade com a literatura internacional, da síndrome do túnel do carpo, da síndrome do canal de Guyon, da síndrome do pronador redondo, da síndrome do desfiladeiro torácico, dentre outras. Chamam a atenção, ademais, para a Síndrome Dolorosa Miofascial (SMF), a Fibromialgia e a Síndrome Complexa de Dor Regional (SCDR), processos crônicos de difícil manejo que estão frequentemente relacionados com LER/DORT.⁶

As discussões em torno da terminologia se estendem também à própria existência da patologia, à sua relação com o trabalho (riscos ocupacionais)⁷ e à conduta após o diagnóstico. Conforme Almeida (2009, p. 26), vale salientar seu reconhecimento por:

organismos internacionais de referência na área de Saúde e Segurança Ocupacional, com credibilidade no meio científico, como a *Occupational Safety and Health Administration* – OSHA e o *National Institute of Occupational Safety and Health* – NIOSH.

Apesar das controvérsias, a incidência de LER/DORT – dos distúrbios musculoesqueléticos – tem aumentado nos últimos anos tanto no Brasil (a partir das ocorrências registradas pelos serviços de saúde e centros de estudos em Saúde do Trabalhador), quanto nos demais países, segundo vários autores, respondendo por grande parte dos adoecimentos no mundo do trabalho.

⁵ A LER/DORT se inscreve na terminologia mais ampla dos Distúrbios Musculoesqueléticos (DME). “Os DME decorrem do comprometimento inflamatório ou degenerativo de tendões, ligamentos, bursas, articulações, incluídas as intervertebrais discais, circulação, nervos periféricos e raízes nervosas, em diferentes segmentos corporais como a região do pescoço e ombro, cotovelos, antebraços, punhos, mãos, região lombar e segmentos dos membros inferiores. O principal sintoma é a dor que pode resultar em prejuízo funcional. Os estudos sobre os mecanismos fisiopatológicos dos DME apresentam de maneira consistente para cada tecido, considerando sua função e estrutura, os efeitos da repetitividade, da compressão, da carga sobre a microestrutura do tecido, sobre as características biomecânicas e a função biológica (Fordet et al., 2002; NRC & IM, 2001; Kuorinka & Forcier, 1995).” (FERNANDES, 2004, p. 12). Estudos sobre DME serão referidos sempre que elucidativos para os objetivos deste ensaio.

⁶ Ver, também, Azambuja, Tschiedel e Kolinger (2004): estudo de casos de LER/DORT em trabalhadoras portadoras de SMF e SDRC, sob acompanhamento ambulatorial no CIAST/SUS (Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

⁷ “Embora alguns autores tenham se recusado a admitir a *etiologia ocupacional dos DME*, gerando polêmicas e controvérsias na década de 90 (Silverstein et al., 1996), revisões sobre o tema conduzidas ao longo de duas décadas chegam a conclusão sobre a associação entre esses distúrbios e demandas físicas como repetitividade, posturas inadequadas e força [...]. *Demandas psicossociais* também têm sido mencionadas como fatores de risco para DME [...]. As teorias correntes para explicar a relação entre as demandas psicossociais e os DME são aquelas que associam diretamente o estresse gerado por essas demandas ao aumento de atividade muscular e aquelas que admitem haver uma influência deste estresse sobre a percepção dos DME, ou seja, consideram que na presença de condições de trabalho estressoras, haveria uma reduzida habilidade dos trabalhadores para lidar com os sintomas, aumentando sua percepção. No caso da atividade muscular aumentada, uma via neuroendócrina, com elevação de epinefrina, neuroepinefrina e cortisol tem sido indicada como resposta às demandas psicossociais.” (FERNANDES, 2004, p. 12-13, grifos nossos)

Nos últimos vinte anos, a literatura internacional tem mostrado consistentemente a importância dos DME (Distúrbios Musculoesqueléticos) enquanto problema de saúde pública. Somente nos Estados Unidos, os DME são responsáveis por 56% de todas as doenças ocupacionais. Em 1992, o custo médio por caso de distúrbio musculoesquelético foi de US\$8.070,00 contra US\$824,00 para outras doenças, com um custo global de mais de US\$4,04 bilhões. Em 1996, o custo com assistência foi mais do que US\$418 bilhões e, contados os custos indiretos, estima-se um total de US\$1,256 trilhão. A evolução da ocorrência nos E.U.A. pode ser evidenciada através do número de casos registrados: em 1981 houve 22.600 casos, em 1994 foram registrados 332.000, portanto, um aumento de 14 vezes, e no ano de 1998, foram registrados 650.000 novos casos de DME relacionados com o trabalho (Brasil, 2000; Melhorn, 1998). (FERNANDES, 2004, p. 14)

No Japão, desde 1958, e na Austrália, desde a década de 1970, têm sido crescentemente detectados casos de distúrbio cervico-braquial em diversas categorias de trabalhadores, conforme Assunção (1995, p. 75). O panorama é semelhante na Europa, onde os distúrbios musculoesqueléticos se tornaram uma prioridade para instituições como a *European Agency for Safety and Health at Work*, que deflagrou campanha específica para sua prevenção em 2001.

Prevalências de 30% e 40% são registradas em trabalhadores na Holanda e na Bélgica, respectivamente. Na Itália, 60% dos DME são reconhecidos como doença ocupacional. Neste país, os casos de compensação securitária apresentaram um incremento de 873 para 2.000 entre os anos de 1996 e 1999. Na França, os DME representavam 40% (2.602 casos) das doenças ocupacionais em 1992 e passaram a 63% (5.856 casos) no ano de 1996 (Buckle & Devereux, 2002). [...] No Reino Unido, estima-se que 5,4 milhões de dias de trabalho são perdidos anualmente devido aos DME (de pescoço e membros superiores) relacionados com o trabalho, equivalendo a aproximadamente um mês de trabalho por caso. Estima-se que os custos com esses distúrbios foram da ordem de 1,25 bilhão de libras por ano (Buckle & Devereux, 2002). (FERNANDES, 2004, p. 59-60)

Na Alemanha, os distúrbios musculoesqueléticos tornaram-se o principal grupo de doenças a causar afastamentos com licença médica nos anos de 1980,

chegando a representar mais de 30% dos adoecimentos registrados no início dos anos de 1990 e 26% em 2006, como revelam Elkeles e Seligmann-Silva (2010). Numa análise contextualizada, os autores focalizam a trajetória dos DME na Alemanha e a expansão dos distúrbios mentais na perspectiva do processo de flexibilização e precarização do trabalho (e também da reunificação alemã). Ao analisarem o recuo de licenças e da duração dos afastamentos nos anos 1990 e 2000, dão visibilidade não apenas ao absenteísmo por adoecimento, mas também à questão do presenteísmo,⁸ que contribui para o agravamento e a cronificação dos problemas de saúde.

Em suma, as LER/DORT constituem um fenômeno universal e crescente no mundo do trabalho contemporâneo, embora seu surgimento não seja recente. Há remotas referências na literatura médica, tais como as contribuições de Ramazzini no século XVII e de Fritz De Quervain que, em 1891, descreveu a “entorse das lavadeiras”, posteriormente nomeada “tenossinovite do polegar” ou “enfermidade de De Quervain”. Contudo, é notória sua expansão desde a segunda metade do século XX, em todos os setores de atividade – indústria, serviços, comércio – que tenham acentuado o caráter fragmentado do trabalho e a aquisição de movimentos rápidos, intensos, repetitivos, sob pressão de tempo, metas e posturas inadequadas. A adoção de novas tecnologias de base microeletrônica e/ou alternativas organizacionais, tais como as práticas japonesas, tem intensificado estas características do trabalho e seus danos à saúde, demonstradas por estudos de caso em diversos países.

No Brasil, foram observados casos de LER/DORT⁹ a partir dos anos 1980, em várias localidades. Em 2002, passaram de 19 mil casos – 91% dos registrados como doença do trabalho (FERNANDES, 2004) – para 20 mil em 2006 e 117,5 mil em 2008, conforme Elkeles e Seligmann-Silva (2010). O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário¹⁰ permitiu avanços importantes dos registros no país, aumentando a visibilidade dos DME – LER/DORT e dorsalgias. Contudo, sua aplicação tem encontrado resistências por parte das empresas e dificuldades institucionais. A despeito dos avanços nos registros das doenças do trabalho, é necessário considerar, como afirmam Elkeles e Seligmann-Silva (2010),

⁸ “Presenteísmo – conforme Goetzel et al. 2004 – é entendido como o fenômeno que em tempos de globalização e de preocupação em manter o trabalho se caracteriza pelo fato de uma parte dos empregados estarem presentes ao trabalho, mesmo doentes.” (ELKELES E SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 10)

⁹ “No Brasil, em função da inexistência de um sistema de informação para morbidade ocupacional, não há dados sobre a ocorrência desses distúrbios, mesmo para os quadros que implicam incapacidade para o trabalho, o que dificulta uma avaliação mais acurada da magnitude do problema. Os dados da Previdência Social, além de se restringirem à população com vínculo formal de emprego, beneficiária do auxílio-acidentário, referem-se àqueles casos reconhecidos pelos peritos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e registrados como distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (DORT). Portanto, representam apenas uma parte das ocorrências.” (FERNANDES, 2004, p. 15)

¹⁰ NTEP: “Norma que instaura novo método de avaliação da incapacidade, baseada em critérios epidemiológicos. O NTEP estabelece relação estatístico-epidemiológica entre o código da doença de acordo à CID – Classificação Internacional de Doença – e o setor de atividade CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas – com base na série histórica dos benefícios concedidos pelo INSS (2000-2004). Deste modo, é presumido como acidentário o benefício por incapacidade em que o atestado médico apresenta um código de doença que tenha a relação com o CNAE da empresa na qual o/a segurado/a possui vínculo de trabalho.” (ELKELES E SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 22-23)

a questão do *presenteísmo* que acentua a defasagem entre a *prevalência registrada* e a *prevalência real*.

A flexibilização e a precarização do trabalho têm engendrado novas relações sociais e formas de organização do trabalho – marcadas por forte coerção e pressão de tempo – que podem exacerbar, substancialmente, as demandas físicas e as demandas psicossociais favorecedoras dos DME – LER/DORT. Sobre os fatores de risco ocupacionais e não ocupacionais, convém resgatar a excelente síntese feita por Fernandes (2004):

Revisões sobre a associação entre distúrbios músculo-esqueléticos (DME) e ocupação conduzidas ao longo de quase duas décadas indicam que existe associação entre esses distúrbios e *demandas físicas* como movimentos repetitivos, posturas anômalas, uso de força e vibração (Buckle & Devereux, 2002; NRC & IM, 2001; Muggleton et al., 1999, Bernard 1997; Kuorinka & Forcier, 1995; Stock, 1991; Hagberg & Wegman, 1987). *Demandas psicossociais* também têm sido identificadas como fatores de risco para DME (Huang et al., 2003; Bongers et al., 2002; Huang et al., 2002; Devereux et al., 2002; Westgaard, 2000; Bongers et al., 1993). Entre as demandas psicossociais, a alta demanda psicológica, em especial, o *ritmo acelerado de trabalho é o fator de risco para DME em extremidades superiores mais citado na literatura especializada*. O efeito dos fatores psicossociais sobre os DME tem sido referido como parcialmente ou completamente independente das demandas físicas (Bernard, 1997). Citados muitas vezes indistintamente dos fatores da organização do trabalho que representam aspectos estruturais do processo de trabalho, os fatores psicossociais podem ser mais bem entendidos como “qualidades do ambiente organizacional subjetivamente experimentadas” (Huang et al., 2002:299). *Fatores não ocupacionais* foram também associados com DME em extremidades superiores, mas os achados não são muito consistentes. A presença de obesidade está associada com DME em extremidades superiores distais, mas os resultados apresentaram limites, por não considerarem adequadamente os fatores ocupacionais (Buckle, 1987). Também para idade os achados não são muito consistentes. Poucas evidências epidemiológicas existem quanto à associação entre atividades físicas esportivas e DME, bem como quanto à presença de filhos menores, embora citados na literatura como fatores associados aos DME em extremidades superiores (Bjorksten et al., 2001). A associação entre DME e sexo feminino é controversa (de Zwart et al., 2001; Buckle, 1997; Silverstein et al., 1987). (FERNANDES, 2004, p. 85, grifos nossos)

A *European Agency for Safety and Health at Work* considera diferentes grupos de fatores no desenvolvimento dos DME – inclusive LER/DORT. Resumidamente, compreendem os *fatores físicos*: força (exercida no desempenho do trabalho); movimentos repetitivos; posturas inadequadas; posturas estáticas (permanência prolongada em pé, sentado, com braços elevados acima dos ombros etc.); pressão localizada (pelo contato físico com ferramentas, superfícies etc.); vibrações; frio ou calor excessivo; iluminação deficiente (podendo ocasionar acidentes); elevados níveis de ruído (levando à tensão corporal). Os fatores organizacionais e psicossociais: falta de controle

sobre as tarefas desempenhadas, demandas/carga de trabalho; baixo nível de autonomia; baixos níveis de satisfação no trabalho; trabalho repetitivo, monótono, executado com rapidez; falta de apoio de colegas, supervisores e gerentes. E os fatores individuais: história médica pregressa; capacidade/condicionamento físico; idade; obesidade, tabagismo (OSHA, 2007).

Nesta perspectiva, é necessário considerar a importância da Instrução Normativa 98/2003 (BRASIL, 2003) que permite alinhar o país com os avanços internacionais para a prevenção e a reabilitação no mundo do trabalho:

A Instrução Normativa 98 surgiu como instrumento legal voltado a viabilizar a aplicação de muitos dos novos conhecimentos que haviam sido construídos, pela conjugação de diferentes estudos e pesquisas realizados internacionalmente. Por exemplo, considerou a importância das abordagens multifatoriais preconizando sua aplicação às ações voltadas ao diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação. Valorizou conhecimentos e aplicações da ergonomia situada. Integrou fundamentos e orientações referentes aos aspectos organizacionais, biomecânicos, psicossociais e preconizou atenção às singularidades sócio-culturais e às subjetividades dos indivíduos. Considerou ainda, que as ações levassem em conta a comorbidade e, de modo especial, a interface entre DORT e saúde mental. A IN 98 ofereceu avanços também ao instituir critérios periciais atualizados voltados a uma avaliação socialmente contextualizada da natureza e nexos dos agravos, dos graus de incapacidade e dos encaminhamentos indicados para a recuperação da saúde e retorno à atividade. (ELKELES; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 22-23)

Aspectos médicos da LER/DORT

De forma resumida e adaptada, estágios evolutivos, quadros clínicos e procedimentos terapêuticos – com base em Bahia (1996, p. 36), Miranda (1998, p. 74) e Brasil (2006) – são os seguintes: *Grau I*, refere-se ao indivíduo com sensação de peso e desconforto no membro afetado; com dor espontânea nos membros superiores ou escápula, sem irradiação nítida; com dor leve e fugaz, às vezes, em “pontadas” durante a jornada de trabalho, sem interferir na produtividade; melhora com o repouso; os sinais clínicos estão ausentes; bom prognóstico.

No *Grau II*, o indivíduo apresenta dor persistente e mais intensa, de modo intermitente, tolerável. Este quadro clínico não impede o desempenho da atividade profissional, embora possa ocorrer redução da produtividade nos períodos de exacerbação. Com dor localizada, pode haver irradiação e sensação de formigamento, calor e leves distúrbios de sensibilidade. Demora mais a se recuperar com o repouso e a dor pode se manifestar no desempenho de atividades domésticas. Os sinais continuam ausentes, mas podem apresentar nodulações, hipertonia e dor à palpação da massa muscular; prognóstico favorável.

No *Grau III*, o indivíduo apresenta dor mais persistente, forte, com irradiação mais definida; frequentes paroxismos dolorosos mesmo fora do trabalho, especialmente à noite. Perda de força muscular; parestesias; queda da produtividade e, às vezes, impossibilidade de executar a função; o repouso reduz a intensidade da dor; dificuldade ou impossibilidade de executar trabalhos domésticos; sinais clínicos como edema, hipertonia muscular, alterações da sensibilidade principalmente nos paroxismos com palidez ou hiperemia e sudorese da mão; a mobilização/palpação do grupo muscular acometido provoca dor forte; quadros com comprometimento neurológico compressivo; a eletroneuromiografia pode estar alterada. O retorno à atividade produtiva é problemático; prognóstico reservado.

O *Grau IV* cursa com dor forte, contínua, por vezes insuportável e intenso sofrimento. Os movimentos agravam a dor; há paroxismos de dor mesmo com imobilização do membro. Perda de força e do controle dos movimentos; edema persistente. Podem surgir deformidades e atrofia, especialmente dos dedos. A capacidade de trabalho é anulada; a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de executar um trabalho regular; as atividades domésticas e da vida diária são altamente prejudicadas. Evolui, frequentemente, com alterações psicológicas tais como quadro de depressão, ansiedade e angústia. Prognóstico sombrio.

O tratamento depende do estágio evolutivo da doença, compreendendo, em geral, procedimentos tais como repouso em vários graus, medidas ergonômicas, imobilização, medicação (analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides; psicotrópicos), fisioterapia (eletrotermofototerapia, hidroterapia, massoterapia, cinesioterapia, dentre outros), acupuntura e outras terapias complementares, terapia ocupacional, psicoterapia individual e/ou em grupo, cirurgia (indicação controversa).

Canais de articulação entre a Medicina Ocidental e a Medicina Tradicional Chinesa:¹¹ Qi Gong e LER/DORT

Na Medicina Ocidental, os processos fisiopatológicos da LER/DORT estão relacionados ao uso excessivo de estruturas neuromusculares, tendões e articulações, por repetição de movimentos ou sobrecarga no trabalho. A regularidade de atividades laborais dessa natureza conduz à fadiga muscular local e aos processos de in-

flamação, levando ao consumo excessivo de nutrientes nas partes moles (músculos, fâscias, tendões, ligamentos etc.) e ao esgotamento desta nutrição, provocando desequilíbrio fisiológico que resultará em microlesões:

Fadiga muscular local é uma diminuição da resposta de um músculo a um estímulo repetido. É uma resposta fisiológica normal do músculo e é caracterizada por uma redução na capacidade de produzir força pelo sistema neuromuscular associada a uma diminuição na amplitude de potenciais da unidade motora. A fadiga muscular pode ocorrer durante contrações musculares tanto dinâmicas quanto estáticas [...]. A diminuição da resposta do músculo é devido a uma combinação de fatores que incluem: a) distúrbios nos mecanismos contráteis do próprio músculo devido a uma diminuição nas reservas de energia, a oxigênio insuficiente e a um acúmulo de ácido láctico; b) influências inibitórias (protetoras) do SNC; c) possivelmente uma diminuição na condução de impulsos na junção mioneural, particularmente nas fibras rápidas. (KISNER; COLBY, 1998, p. 58-59)

A persistência de qualquer processo de uso excessivo neuromuscular conduz à exaustão que resulta em deterioração temporária ou permanente da força muscular, seja em portadores de doenças neuromusculares prévias, seja em indivíduos sadios/hígidos. A continuidade deste processo leva à cronificação, com fibrose dos tecidos e perda de flexibilidade, perda da capacidade de contratilidade e relaxamento, reduzida perfusão e nutrição tecidual, culminando em perda de função.

São processos fisiopatológicos compatíveis com as Síndromes de Bloqueio da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), ou seja, as Síndromes Bi (*Bi Zheng*).¹² São síndromes decorrentes do bloqueio ou da obstrução de meridianos e colaterais, de membros que podem aprofundar e afetar os órgãos internos (*zang*), abrangendo múltiplas doenças. Tais obstruções/bloqueios podem se dar pela ação de agentes patogênicos externos (vento, frio, calor, umidade) e traumatismos que bloqueiam os fluxos de Qi (energia vital) e sangue em diferentes localizações: tendões, punhos, músculos, pele, ossos, órgãos internos, conforme Ottino, Sohler e Wei-Guo (2002), a Associação Estatal de Medicina e Farmácia Tradicionais Chinesas – AEMFTC (2004) e Liu e Hong (2005).

Assim, é possível repensar tais síndromes no contexto atual do mundo do trabalho que absorve a maior parte do tempo acordado de viver de milhares de pessoas. Nestes ambientes, os indivíduos são expostos aos agentes físicos (vibração, frio, calor, umidade, ruído, radiações), aos agentes químicos, aos ergonômicos e à

¹¹ A Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, abrangendo a Medicina Chinesa (Acupuntura e práticas corporais de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças), a Homeopatia, a Fitoterapia e o Termalismo/Crenoterapia. Entre 13 e 15 de maio de 2008 foi realizado, em Brasília, o I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, com a participação de representantes de cinco países e da OMS (BRASIL, 2006).

¹² A MTC distingue quatro modalidades de Síndrome Bi: Bi Migratório (*Xing Bi*), relacionada ao Vento, com artralgia ou dores articulares erráticas, a dor se desloca. Bi Doloroso (*Tong Bi*), associada ao Frio, o sítio da dor é fixo. Bi Fixo (*Zhua Bi*), umidade, apresenta formas extremas de bloqueio, com fortes dores nos membros. Bi Calor (*Re Bi*), calor, com acometimento das articulações e sinais de inflamação, edema e dor. Ver Híria Ottino et al. (2002); Liu e Pai (2005).

organização do trabalho (pressão de tempo; alta intensidade e gestos repetitivos; sobrecargas de trabalho; longas jornadas de trabalho com posturas inadequadas; coações, ameaças e punições que levam à autoaceleração; e sujeição às condições penosas de trabalho). No caso da LER/DORT, os trabalhadores, em geral, silenciam sua fadiga e dores durante muito tempo, com medo do desemprego, de punições e estigmas sociais, o que favorece a cronificação do processo fisiopatológico (FRANCO, 2003).

A atual gestão do trabalho pelo medo permeia estas situações que, além dos *fatores patogênicos externos*, traumatismos e enfraquecimentos decorrentes de excesso de trabalho, promovem nos indivíduos os chamados *fatores patogênicos internos* da MTC – pela exacerbação das emoções de raiva, medo, ansiedade, preocupação, tristeza etc. – que cotidianamente devem ser silenciadas e contidas nos ambientes de trabalho. A cronificação destes estados leva às desorganizações fisiológicas e, provavelmente, aos distúrbios de saúde mental, cada vez mais frequentes no mundo contemporâneo, muitos dos quais acompanham a LER/DORT.

A base fisiopatológica da Síndrome Bi é o bloqueio dos fluxos de Qi¹³ e sangue nos meridianos, articulações e membros. A redução da circulação conduz à estagnação do Qi e estase sanguínea, levando aos quadros de dor, contratura muscular, limitações de movimentos cuja cronificação produz atrofia muscular e perda de função.¹⁴

Conectar as formas clínicas da LER/DORT, conforme a medicina ocidental, com a síndrome de bloqueio da MTC é importante pois amplia o leque de possibilidades terapêuticas ao alcance dos adoecidos e reforça a necessidade de se encarar com o máximo de seriedade o “calcanhar de Aquiles” da LER/DORT que é a prevenção. Esta ponte com a MTC reforça a necessidade de abordagens mais preventivas para que se possa, de fato, evitar um adoecimento que é evitável, na grande maioria dos casos, com medidas no plano da organização e das condições do trabalho e medidas para o fortalecimento dos indivíduos (alimentação adequada, exercícios terapêuticos, equilíbrio trabalho/descanso etc.).

A MTC pode contribuir muito para uma mudança de mentalidade quanto ao trabalho, pois preconiza a necessidade de se respeitar os biorritmos e os limites biopsíquicos (inerentes às teorias do Yin/Yang e dos Cinco Movimentos, aplicados e reconhecidos na fisio-

logia humana). Trata-se de uma medicina cujos princípios afirmam a necessidade de se equilibrar atividade e repouso, evitando-se os excessos de trabalho físico e/ou mental, que caracterizam, hoje, o mundo do trabalho. Esses fundamentos – milenares – da MTC apontam para a necessidade de se rever, seriamente, a organização do trabalho contemporâneo, a exemplo da duração e intensidade das jornadas de trabalho que estão incompatíveis com o equilíbrio fisiológico da grande maioria dos trabalhadores, dentre outros aspectos. A mudança da mentalidade sobre o trabalho é fundamental para que se evite e se reduza o exército de lesionados jovens que temos hoje no Brasil, particularmente por LER/DORT.

Em segundo lugar, a tônica do tratamento da Síndrome Bi e dos quadros correlatos (periartrite escapuloumeral, cotovelo de tenista/epicondilite lateral umeral, cervicalgias etc.) pela MTC é a remoção da estase sanguínea e do bloqueio de canais, retirando a rigidez muscular, as dores etc., conforme Zhang (1990); Liu e Hong (2005). Vários recursos terapêuticos são utilizados: acupuntura, moxabustão, tui ná, fitoterapia e Qi Gong. O Qi Gong é um dos pilares da MTC com ação terapêutica e preventiva, de fácil assimilação, que pode ser aprendido e praticado pelos indivíduos, permitindo acrescentar, aos cuidados de especialistas, a *autoterapia*, que potencializa a eficácia da prevenção/tratamento e reduz recidivas. A combinação variada desses vários recursos se dá em função das necessidades de cada indivíduo.

A medicina chinesa parte do princípio de que tratar significa restituir ao indivíduo a sua capacidade inata de adaptação e transformação orgânica face aos estímulos externos e internos, buscando reestabelecer a sua força antipatogênica natural (FAP). Esta força, que se expressa em energia vital (qi), permite estar no mundo mantendo as relações entre micro e macrocosmo (indivíduo/meio ambiente) pelo equilíbrio dinâmico do Yin/Yang. Esse equilíbrio se reflete nos ciclos fisiológicos que se processam pela manutenção dos fluxos adequados de energia (qi), sangue e líquidos orgânicos no indivíduo. Tais fluxos se dão através de uma rede de meridianos e canais secundários (luo).¹⁵

O sistema de meridianos forma uma rede de conexões entre as partes mais superficiais do corpo e as mais profundas, representadas pelos órgãos internos. Ligando os órgãos entre si e com as extremidades, os meridianos regulam e mantêm o equilíbrio entre o ex-

¹³ Qi ou chi: força vital bioeletromagnética (WONG, 2003; LAM, 1991).

¹⁴ Estes processos ocorrem sob diversas formas clínicas, tais como as tenossinovites (inclusive tenossinovite dos extensores dos dedos e a tenossinovite de De Quervain), epicondilites, bursites, tendinite do supraespinhoso e tendinite bicipital, cistos sinoviais, dedo em gatilho, contratura ou moléstia de Dupuytren, compressão dos nervos periféricos, síndrome do túnel do carpo, síndrome do canal de Guyon, síndrome do pronador redondo, síndrome cervicobraquial, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome da tensão do pescoço ou mialgia tensional, dentre outros. Em suma, naqueles quadros clínicos, anteriormente vistos, que configuram a LER/DORT. Sobre as abordagens de dor crônica no Ocidente, ver Lima (2005).

¹⁵ Os trajetos desse sistema de fluxos e de comunicação corporal recebem denominações que variam entre diferentes autores (e traduções): meridianos e canais (Jing e Luo) e vasos (Mai). Os termos variam também quanto à classificação dos meridianos em: i) principais, regulares ou primários; ii) extraordinários, irregulares, curiosos ou vasos maravilhosos; iii) divergentes ou distintos. Para mais detalhes ver Auteroche, Solinas e Mainville (2000); He e Ne (2001); Ysao (2001); Martins e Garcia (2003); Associação Estatal de Medicina e Farmácia Tradicionais Chinesas – AEMFTC (2004).

terior e o interior,¹⁶ entre a parte inferior e superior do corpo, entre direita e esquerda, entre região frontal e dorsal. Este sistema compreende 12 meridianos principais; 8 meridianos extraordinários; 12 meridianos divergentes; 12 meridianos tendinomusculares; canais colaterais ou de conexão que são 16 grandes colaterais, com seus ramos longitudinal e transversal, inumeráveis ramificações superficiais; e 12 zonas cutâneas na superfície.

Os órgãos internos¹⁷ *Zang* (de natureza Yin) compreendem os sistemas energéticos do pulmão, rim, fígado, coração, pericárdio/circulação, sexualidade e baço/pâncreas, que “essencialmente conservam o Qi”. Os órgãos *Fu* (de natureza Yang) compreendem o estômago, intestino grosso, bexiga, vesícula biliar; intestino delgado e o triplo aquecedor (San Jiao). Cada órgão zang (yin) está ligado a um órgão fu (yang), formando pares acoplados com diferentes polaridades. O sistema de meridianos mantém estes órgãos num todo orgânico, envolvendo desde a superfície ao interior do corpo, estabelecendo conexões com as diversas estruturas corpóreas, os tecidos, os órgãos dos sentidos, as expressões orgânicas e as emoções. A diferença de polaridades promove o movimento interno.

Resumidamente, com base em Ysao, Yamamura e Oliveira (1991, p. 94), são as seguintes as relações dos órgãos internos com a energia mental: o coração está relacionado à alegria, à ansiedade, ao Shen/consciência; o pulmão, à tristeza, angústia, aos reflexos e ao instinto; o fígado, à raiva, ódio, irritação, nervosismo, tensão e indecisão; o baço/pâncreas à atividade cerebral, ao raciocínio, ao pensamento, à reflexão, à preocupação, à memória, à vontade de pensar e à obsessão. Os rins estão relacionados à insegurança, ao autoritarismo, ao medo, ao temor, ao pânico, à vontade de decisão (vontade de viver).¹⁸

Assim, corpo/mente são uma unidade e os processos fisiológicos e patológicos são compreendidos na perspectiva do indivíduo enquanto ser integral:

Os processos fisiológicos estão intimamente relacionados com as atividades mentais e com as emoções. As atividades mentais e as emoções são funções do

cérebro e são sua resposta para o mundo externo. Porém, a teoria dos órgãos zang-fu sustenta que as emoções humanas e as atividades mentais estão intimamente conectadas com as funções fisiológicas dos cinco órgãos zang. Portanto, a função normal do cérebro depende da harmonia de todos os órgãos zang. Além disso, os distúrbios emocionais e as atividades mentais anormais certamente afetam adversamente as atividades fisiológicas dos cinco órgãos zang. O *Basic Questions*¹⁹ declara: ‘O coração, o pulmão, o fígado, o baço e o rim armazenam respectivamente vitalidade, coragem, alma, intenção e determinação. (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS – AEMFTC, 2004, p. 244-45)

Em suma, os órgãos internos produzem, armazenam e mantêm a essência, o qi, o sangue e os fluidos corporais sustentando a vida orgânica. A harmonia no funcionamento dos zang-fu é fundamental para a integridade do indivíduo e para a manutenção de suas relações com o meio ambiente interno – homeostase – e com o meio ambiente externo. São sistemas energéticos mediante os quais se mantém a força antipatogênica natural (FAP) e, portanto, a capacidade de transformação e de adaptação do indivíduo.

A Medicina Chinesa sustenta que, por um lado, normalmente existe um estado de equilíbrio relativo entre os órgãos internos e os tecidos e, por outro lado, entre o meio ambiente e o corpo humano. O equilíbrio não é estático; é um estado de constante autoajuste. Dessa maneira, as atividades fisiológicas normais do corpo são asseguradas. Se o corpo estiver impossibilitado de se ajustar às condições de mudanças, o equilíbrio dinâmico se perde e ocorrerão os distúrbios. (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS – AEMFTC, 2004, p. 333, grifos nossos)

Estes distúrbios assinalam a perda de FAP que corresponde a um afastamento do indivíduo em relação à Natureza e a suas leis. O afastamento da Natureza (dos ciclos fisiológicos, dos biorritmos) resulta em desequilíbrios (fragilizando o indivíduo diante de fatores patogênicos) que podem se traduzir em *sinais e sintomas*, configurando o processo de adocimento que, se persistente, pode cronicizar determinando lesões orgânicas.

¹⁶ Exterior refere-se à pele, aos músculos e aos cursos superficiais dos meridianos e dos colaterais (Jing Luo). Interior: órgãos internos.

¹⁷ “Zang-fu é um termo geral para se referir aos órgãos internos, sendo cada um deles classificado em três grupos de acordo com suas funções fisiológicas (...).” (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS – AEMFTC, 2004, p. 242-243). São classificados em órgãos zang, órgãos fu e órgãos extraordinários (cérebro, medula óssea, vasos sanguíneos, vesícula biliar e útero. É importante observar que: “A concepção da Medicina Chinesa sobre os órgãos é diferente daquela do Ocidente. É considerada sob três aspectos: o energético, o funcional e o orgânico. Estes dois últimos correspondem à Fisiologia, à Histologia e à Anatomia Patológica estudadas no Ocidente. (...) Os Órgãos representados pelo coração, pulmão, fígado, baço/pâncreas e os rins são estruturas essenciais do organismo, responsáveis pela formação, crescimento, desenvolvimento e manutenção do corpo físico e mental. Cada órgão que representa um dos Cinco Movimentos tem a função de comando sobre os tecidos, por ele canalizados, na sua formação, e sobre a Energia Mental por ele elaborada” (YSAO, YAMAMURA E OLIVEIRA, 1991, p. 93-94).

¹⁸ Ysao, Yamamura e Oliveira (1991) apresentam tabela associando estas relações com as estruturas corpóreas. Para as relações entre os órgãos zangfu com as emoções: He e Ne (2001); Associação Estatal de Medicina e Farmácia Tradicionais Chinesas – AEMFTC (2004), Li et al. (2004). Campiglia (2004) discute, especificamente, os desequilíbrios da Mente segundo a MTC e os impactos sobre os canais e a função Zangfu.

¹⁹ Trata-se do *Basic Questions*, primeira parte do livro clássico *Princípios da Medicina Interna do Imperador Amarelo* (BING, 2001), composta de 81 capítulos. Sobre as relações corpo/mente na dor crônica, na biomedicina ocidental, ver Lima (2005).

Ademais, é necessário observar que:

(...), o estresse emocional pode causar uma perturbação do fluxo do qi e dos distúrbios do yin e do yang, do qi e do sangue, como também dos órgãos zang-fu; esses fatores levam à fraqueza do qi antipatogênico. Portanto, a Medicina Tradicional Chinesa enfatiza a importância de um estado mental equilibrado para fortalecer o qi antipatogênico e prevenir doenças. As funções fisiológicas também são influenciadas pelos estilos de vida. Os maus hábitos, como horário irregular, sobrecarga de trabalho ou ociosidade e dieta imprópria, afetam, todos, a condição do qi antipatogênico, resultando em doenças endêmicas e comuns. (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS – AEMFTC, p. 335, grifos nossos)

A condição mental está estreitamente relacionada com as emoções.²⁰ As emoções são expressões necessárias e naturais do ser humano, bem como a sua alternância e mudanças em função da experiência de estar no mundo. Para a MTC, as atividades emocionais estão intimamente vinculadas ao funcionamento dos órgãos internos, dos fluxos, da quantidade e qualidade do qi e do sangue, sendo o qi essencial dos órgãos a base material das emoções. Por outro lado, as emoções e seus transbordamentos – exacerbação e/ou persistência, preponderância continuada de um tipo de emoção em detrimento de seu fluxo alternado e variado – têm grande influência sobre a fisiologia energética dos órgãos internos. Assim:

Por exemplo, boas condições de trabalho tornam uma pessoa alegre e resultam na harmonia do qi e do sangue. (...) más condições de trabalho causam frustração e podem conduzir à doença. (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS, 2004, p. 344)

As sociedades contemporâneas encerram inúmeras situações laborais, cujas formas de organização e condições de trabalho – com fatores de risco físicos, organizacionais, e psicossociais – ultrapassam os limites biopsíquicos dos seres humanos, lançando os indivíduos em processo diversos de adoecimento, dentre os quais os DME. Sua prevenção requer, necessariamente, como vimos, mudanças em diversos níveis na estruturação de trabalho. No presente ensaio, focalizamos o plano do indivíduo, ressaltando a importância do Qi Gong como uma das ferramentas importantes e acessíveis de saúde pública.

A prática de Qi Gong – exercícios terapêuticos chineses, um dos pilares da medicina chinesa – contribui para harmonizar a energia vital (qi), equilibrando corpo e mente, mantendo e/ou recuperando a capacidade de

transformação e adaptação do organismo e fortalecendo o indivíduo. Os reequilíbrios se dão através dos exercícios de desbloqueio, circulação e captação de energia, trabalhando os canais/meridianos tendinomusculares, divergentes, canais principais, vasos maravilhosos e o metabolismo dos órgãos internos.

Aspectos gerais sobre o Qi Gong

O Qi Gong é o resultado de alguns milhares de anos de experiência do homem no desenvolvimento do uso da energia vital para vários propósitos definidos. Os antigos mestres desenvolveram a arte da energia para curar doenças, promover a saúde, a longevidade, melhorar as habilidades de luta, expandir a mente, alcançar níveis diferentes da consciência e atingir a espiritualidade. Essas artes de cultivo da energia desenvolveram-se separadamente, apesar de, às vezes, terem influenciado umas às outras e serem conhecidas por nomes diferentes. Porém, todas elas tinham em comum a prática de exercitar os fluxos de energia: o *chi* ou *qi*. Desde a década de 1950, essas artes ficaram conhecidas como Qi Gong,²¹ a arte da energia.

O Qi Gong foi desenvolvido nos primórdios da civilização, ao se descobrir possibilidades de trabalhar a respiração – que é uma forma de obter energia – de diferentes maneiras, para propósitos específicos. Esses conhecimentos foram adquiridos por um método de tentativas e erros, mas, aos poucos, se acumularam para formar um corpo de conhecimento maior.

Os registros chineses mostram que por volta de 2.700 a.C., o Qi Gong tinha se tornado um aspecto importante da medicina chinesa. O tipo mais antigo era provavelmente uma forma de dança meditativa que estimulava o equilíbrio da energia do corpo (WONG, 2003). É impossível precisar a época e o surgimento do Qi Gong devido à sua antiguidade, porém sabe-se que recebeu profunda influência do Budismo e da filosofia Taoísta.

Assim, os exercícios foram classificados em quatro tipos de Qi Gong que, hoje, estão amalgamados. O Qi Gong religioso (Budista e Taoísta), o Qi Gong intelectual, o Qi Gong marcial (escola interna e externa) e o Qi Gong médico. Neste último, destaca-se a contribuição de Hua Tuo, importante médico entre 141-208, durante a Dinastia Han, que desenvolveu sequências para preservar e recuperar a capacidade vital dos indivíduos, com o objetivo de manter e desenvolver a saúde física e psíquica através da mobilização da essência e do Qi.

²⁰Os sete fatores emocionais (qi qing) reconhecidos na Medicina Chinesa são a alegria excessiva, a raiva, a melancolia, a ansiedade, o pesar [tristeza], o terror e o susto. Sob condições normais, as emoções são reações aos estímulos externos que não causam doenças. Porém, se a frustração emocional for extremamente abrupta, intensa ou persistente, e exceder assim a capacidade normal de suportar do corpo humano, é capaz, então de produzir distúrbios funcionais dos órgãos zang-fu, por perturbar o equilíbrio harmonioso do qi e do sangue. Essas emoções, portanto, tornam-se os fatores patogênicos, provocando doença e lesões orgânicas. Em patogênese, os fatores emocionais diferem dos seis fatores exógenos que atacam o corpo por meio da boca, do nariz ou dos poros; em vez disso, os fatores emocionais originam-se no interior do corpo e afetam diretamente os órgãos internos relacionados (ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS – AEMFTC 2004, p. 343).

²¹ Neste ensaio, utiliza-se a grafia do termo romanizado oficial, em Pinyin: Qi Gong.

O qi ou chi, força vital eletromagnética, permeia todos os seres no universo, podendo se transformar nos aspectos mais sutis e mais densos dos organismos existentes, através das mútuas interações entre matéria e energia que a tudo compõem. Na medicina chinesa, as atividades fisiológicas são explicadas a partir do movimento e da contínua transformação do qi, cujas principais funções são: ativar e promover o crescimento e desenvolvimento do corpo humano, dos órgãos internos e dos meridianos; governar a circulação do *Xue* (sangue) e controlar a distribuição dos líquidos orgânicos; promover e ativar os processos de transformação metabólica do organismo, inclusive de transformação dos alimentos ingeridos e do ar inalado, para formar sangue e líquidos orgânicos; aquecer o corpo, mantendo a temperatura adequada; proteger o organismo das invasões de fatores patogênicos externos; manter a anatomia das estruturas orgânicas e dos órgãos internos.

Os indivíduos, imersos no meio ambiente – numa complexa rede de seres – captam, transformam e eliminam diferentes formas de essências e de qi (energia). O equilíbrio destas interações e trocas nos indivíduos requer uma movimentação harmoniosa de qi nas oito portas (*Ba men*): alto/baixo, interior/exterior, frente/trás (ventral/dorsal), direita e esquerda do corpo. A prática do Qi Gong favorece o equilíbrio e a manutenção do fluxo de qi nas oito portas, preservando a integridade biopsíquica.

As práticas de Qi Gong envolvem, em geral, quatro fases. A primeira fase, de *Desbloqueio*, libera os canais para melhor captar as energias, fortalecer a estrutura óssea e a medula. Na segunda fase, de *Captação*, se busca captar a energia exterior. A fase de *Circulação*, em que os movimentos favorecem a circulação da energia captada pelos canais, para limpar, nutrir e fortalecer os órgãos internos. A fase de *Armazenamento*, quando se reserva a energia captada e circulada nos centros energéticos, para usar quando necessário.

As principais sequências de Qi Gong difundidas atualmente são: Tai Ji Qi Gong Shi Ba Shi (Tai Ji Qi Gong de 18 Passos); Lian Gong Shi Ba Fa (Lian Gong em 18 Terapias), Yi Qi Gong, Ba Duan Jin (As Oito Peças do Brocado de Seda), Lo Han Shi Ba Shou (18 Mãos de Buda), DaYan (Qi Gong do Ganso Selvagem – forma tradicional), Wu Qin Shi (Jogo dos Cinco Animais de Hua Tuo – Tradicional) e o Liu Zi Jue (6 Sons de Cura).

Lian Gong Shi Ba Fa

Dentre as sequências de Qi Gong, vamos focalizar, brevemente, o *Lian Gong Shi Ba Fa*, ou Lian Gong em 18 Terapias, que nas próprias palavras do Dr. Zhuang Yuan Ming, seu criador:

(...) é uma técnica que une medicina terapêutica e cultura física (cultura física significa, para os chineses, o fortalecimento harmonioso do corpo, permitindo o pleno funcionamento e utilização dos músculos, tendões e ossos, diferente da ideia no Ocidente, de cultura física como aumento da massa muscular e modelagem física). Consiste de um conjunto de exercícios que visam a prevenção e o tratamento de dores no

pescoço, ombros, cintura, pernas e também doenças crônicas. Esta técnica foi por mim projetada, fruto de constantes pesquisas das heranças culturais – a Medicina Tradicional Chinesa, antigos exercícios terapêuticos e as artes guerreiras tradicionais (*Wu Shu*) – e a reflexão sobre os resultados de sua aplicação no campo terapêutico, ao longo de mais de 40 anos de prática clínica. Durante a minha longa práxis de tratar das causas e sintomas de dores no corpo e doenças crônicas, fui constantemente criando e aperfeiçoando técnicas de massagem e manobras manuais, adicionando a elas os conhecimentos da moderna medicina atual. Sintetizando todas estas vivências, transformei-as em exercícios, os quais projetei passo a passo para serem realizados pelo próprio paciente. (LEE, 1997, p. 9)

Atuante na área de ortopedia do Hospital Dong Chang Roand, de Shanghai, Dr. Zhuang tem uma vasta experiência no tratamento de pacientes com síndromes dolorosas. Aprofundou-se cada vez mais em estudos e observações para encontrar meios de melhorar o sofrimento dos seus pacientes. Dedicando-se à pesquisa – aliada à sua formação, na qual foi “discípulo do grande mestre Wang Zhi Ping, considerado um dos maiores nomes em artes marciais e ortopedia da MTC, com quem aprendeu as artes marciais e também as técnicas de tratamento de problemas ortopédicos” (ZHUANG, 2000, p. 17-18) – organizou uma série de exercícios sistematizados com base na pesquisa de práticas milenares, tais como o Dao In, Tu Na Gong (técnica de respiração), o Jogo dos Cinco Animais e os Exercícios dos Oito Brocados de Seda, desenvolvendo, por fim, o Lian Gong em 18 Terapias. Com a sistematização das séries de exercícios, Dr. Zhuang buscou simplificar certos movimentos preservando a essência das práticas tradicionais, facilitando o seu aprendizado e tornando o tratamento, até então passivo, também em *autotratamento*. Em função dos resultados eficazes dessas práticas, com impactos, inclusive, sobre a *saúde pública*, o Lian Gong é difundido em toda a China desde 1975.

Em 1980, o Comitê Nacional de Esportes e Educação Física, a Central Nacional dos Sindicatos e o Ministério da Saúde emitiram um comunicado conjunto confirmando os excelentes resultados obtidos com a prática do Lian Gong e colocando-o, juntamente com a ginástica veiculada pelo rádio e o Tai Ji Quan, como uma das três ginásticas a serem divulgadas e praticadas na China inteira. Ainda não foram feitas contagens oficiais, mas já se sabe que há, hoje, em Shangai cerca de 500 centros de orientação e prática do Lian Gong, com mais de 200 mil praticantes, e na China inteira mais de 2.000 centros, com mais de três milhões de praticantes. (ZHUANG, 2000, p. 19)

Sua difusão para outros países iniciou-se no Japão, em 1984, prosseguindo para o Sudeste asiático, Indonésia, Estados Unidos, França, Canadá, Austrália e Brasil, dentre outros.

São exercícios terapêuticos especificamente criados para a prevenção e o tratamento de dores no corpo, cujos distúrbios têm como elemento comum a obstrução/bloqueio de qi e do sangue, afetando as estruturas e sua fisiologia. Esses bloqueios decorrem de vários fatores, anteriormente vistos:

Os fatores que influenciam no surgimento de dores no corpo podem ser externos, como: vento, frio, umidade e secura; e internos, como: emoções negativas (raiva, preocupação, tristeza, medo, euforia), além da má utilização do corpo em posturas inadequadas, sedentarismo, esforço excessivo ou lesões. Estes fatores provocam o ‘retardamento do qi e a estagnação do sangue’, que produz fenômenos como espasmos, aderências e contração dos tecidos moles, encurtamento dos músculos, ligamentos e tendões, os quais resultam em dores e dificuldade de movimentação (LEE 1997, p. 14).

Podem ser observadas contraturas, aderências, sinais inflamatórios nas regiões doloridas nos braços, ombros, dorso, região cervical, cintura, glúteos etc. A prática regular do Lian Gong permite a movimentação adequada para liberar músculos, fâscias, ligamentos, tendões, melhorando e expandindo a amplitude de movimentação das articulações.

Os exercícios foram concebidos tendo como base as estruturas anatômicas e a fisiologia de cada região: pescoço, ombros, região dorsal, região lombar, glúteos e pernas, dentro de uma visão global de todo o organismo. Assim, a prática do Lian Gong favorece uma “movimentação global coordenada e harmoniosa”, podendo agir numa patologia localizada, restaurando, porém, o equilíbrio do organismo como um todo, bem como os fluxos de alto e baixo, de expansão e recolhimento, de entrada e saída de qi. Para tanto, os movimentos devem ser lentos e contínuos, evitando-se a movimentação rápida ou abrupta, para que “os tecidos moles, que sofrem de patologias (contraturas, aderências, espasmos etc.) possam se relaxar e se soltar gradativamente, permitindo que a movimentação da articulação alcance o seu limite máximo,” conforme Lee (1997, p. 16), evitando traumas e desconfortos.

O qi se move de forma contínua, fluindo pelos tecidos, órgãos e meridianos, em quatro direções básicas: partindo de um centro, ele ascende, descende, entra e sai. Quando sua movimentação está harmoniosa, o corpo se mantém saudável (...). Portanto, o movimento do Qi é a chave para manter o equilíbrio das várias funções psicofisiológicas. (...) A força interna exercita e ordena os músculos, tendões e ossos e estes, por sua vez, não obstaculizam o fluxo do zhen qi (qi verdadeiro). Pelo contrário, colaboram para que o mesmo circule plenamente, abrindo os meridianos e potencializando ainda mais a força interna (nei jing). (...) Para cultivar a força interna, os movimentos devem ser realizados de forma lenta, contínua e homogênea, acompanhados de respiração natural e coordenada. Não é possível realizar esta qualidade de movimento com a força muscular. A força muscular é mecânica e depende dos músculos, tendões e ossos; não tem continuidade e o seu efeito termina quando o potencial dos músculos, tendões e ossos declinam. (...) A força interna (nei jing) flui incessantemente pelo corpo alimentada pelas fontes do zhen qi. Ela mostra o seu potencial quando requisitada por uma intenção (yi) que a direciona. A intenção depende de uma mente concentrada e um coração tranqui-

lo, requisitos básicos para gerar a força interna que anima o movimento do corpo para a ação desejada. (LEE, 1997, p. 117-118)

A sincronicidade – sem forçar – entre movimento e respiração potencializa esta harmonização, que juntamente com a correta execução dos exercícios são requisitos para alcançar resultados eficazes, favorecendo a recuperação das funções fisiológicas localizadas e globais.

Dados estatísticos vindos de diferentes partes da China demonstram que muitos trabalhadores, que sofriam de dores no corpo, obtiveram bons resultados terapêuticos com a prática do *Lian Gong Shi Ba Fa*. Especialmente os que trabalham em posturas fixas ou sentados por muito tempo, ao praticarem perseverantemente o *Lian Gong Shi Ba Fa* uma ou duas vezes ao dia, passam a sentir seus músculos – antes fatigados – equilibrados e restaurados, e os músculos – pouco usados, – ativados, obtendo a harmonia entre movimento e repouso, equilíbrio e coordenação. (LEE, 1997, p. 16)

Resultados observados em experiências clínicas (ZHUANG, 2000) sobre o uso terapêutico e preventivo do Lian Gong em 18 terapias revelam sua eficácia na eliminação de contraturas musculares e na promoção do relaxamento dos tecidos moles em pacientes com DME. Tais conclusões estão fundamentadas na observação de três grupos. No primeiro grupo de 71 pessoas com dores no pescoço, nos ombros, na cintura e nas pernas, o principal tratamento utilizado foi o Tui-ná (1 sessão a cada 2 dias). Os casos mais graves foram tratados, também, com fitoterápicos de uso externo ou interno. Cada ciclo de tratamento teve a duração de duas semanas. Após dois a quatro ciclos, 91,4% dos pacientes apresentaram algum tipo de melhora: 7 casos com *reversão completa* do quadro; 15 casos com *melhora expressiva* (“eliminação completa da dor espontânea, recuperação parcial da função motora; recuperação parcial da capacidade física anterior”) e 43 casos (60,5%) com *melhora do quadro* (“redução da dor espontânea, melhora da função motora, capacitação para atividades leves”). Em dois casos não ocorreu alteração do quadro e em quatro casos houve interrupção do tratamento (ZHUANG, 2000, p. 142).

No segundo grupo, formado por 217 pessoas com dores no pescoço, nos ombros, na cintura e nas pernas, o tratamento envolveu: Tui-ná nas regiões doloridas (1 sessão a cada 2 dias) e orientação para realizar o Lian Gong em 18 terapias, em casa, durante 30 minutos, duas vezes ao dia. Com um ciclo de tratamento de duas semanas, após dois a quatro ciclos observou-se que 96,6% dos 217 casos apresentaram algum tipo de melhora (22,5% com *reversão completa*; 27,1% com *melhora expressiva* e 47% com *melhora do quadro*). Sete casos (3,2%) não apresentaram alteração. (ZHUANG, 2000, p. 143).

O terceiro grupo, formado por 1.361 pessoas com dores no pescoço, nos ombros, na cintura e nas pernas, foi tratado apenas com o Lian Gong em 18 terapias, duas vezes ao dia, durante 30 minutos. As pessoas foram treinadas em dez centros de orientação em Shan-

ghai, realizando o Lian Gong duas vezes por dia, em sessões de meia hora. Novos exames realizados após dois ou quatro meses de tratamento revelaram que 98,2% tiveram algum tipo de melhora, correspondendo a 1.361 pessoas (38,4% com *melhora expressiva* e 59,8% com *melhora do quadro*) e 1,76% sem resultado. Ademais, resultados significativos foram obtidos em pesquisas com eletromiografia, demonstrando a redução/eliminação dos níveis de contraturas musculares e a obtenção de relaxamento dos tecidos moles (ZHUANG, 2000, p. 143-144).

Acrescentar o *Lian Gong* ao tratamento (fisioterapia, massagem, acupuntura, medicamentos, dentre outros), traz as seguintes vantagens, sintetizadas por Lee (1997, p. 15): aumento do poder imunológico do corpo, fortalecimento do físico, aumento do efeito terapêutico do tratamento médico, diminuição do tempo de tratamento, consolidação do efeito terapêutico, após o tratamento e prevenção de recaída da doença, além de facilitar o autocuidado para os pacientes que têm dificuldades de acesso aos médicos.

Considerações finais: reflexões sobre a prevenção da LER/DORT e o Qi Gong

Este ensaio traz elementos para refletirmos sobre as possíveis contribuições do Qi Gong para a prevenção da LER/DORT e a recuperação da saúde, à luz de conhecimentos da Medicina Ocidental e da Medicina Tradicional Chinesa. Apesar das diferentes perspectivas – quanto à etiologia, fisiopatologia, tratamento etc. – são abordagens que podem ser articuladas potencializando as possibilidades preventivas e terapêuticas para milhares de indivíduos com distúrbios e/ou lesões extremamente dolorosos e devastadores para suas vidas.

Esses canais de diálogo – tendo como foco a Síndrome Bi e a LER/DORT – precisam ser desenvolvidos e ampliados, com o aprofundamento nos campos da fisiopatologia ocidental e da fisiopatologia energética. Tarefa que requer estudos, pesquisas interdisciplinares e o esforço conjunto de vários pesquisadores.

O ensaio focaliza o Qi Gong para a prevenção da LER/DORT e a reabilitação, evidenciando seu poder de ação sobre o desbloqueio e a mobilização dos fluxos de qi, de sangue e de líquidos orgânicos no indivíduo, de forma harmoniosa e suave. Bloqueios nestes fluxos e

circulação são a base para divisarmos a LER/DORT à luz dos fundamentos da medicina chinesa e da adequação do Qi Gong como prática preventiva e terapêutica.

Salienta-se a importância do Qi Gong na prevenção e no tratamento, não como recurso único ou excluyente em relação aos demais. Como vimos, políticas preventivas e reabilitadoras em relação às LER/DORT precisam incluir dimensões sociais mais amplas, tais como: i) mudanças de mentalidade sobre o trabalho, sobre o modo de trabalhar e viver, no sentido de reestabelecer a relação Homem/Natureza, respeitando a fisiologia e os biorritmos dos indivíduos; ii) mudanças na gestão do trabalho – das condições e da organização do trabalho, – que veiculam tanto fatores patogênicos externos, quanto favorecem o desequilíbrio de fatores internos, quanto traumatismos e lesões/enfraquecimentos por excesso de trabalho; iii) no plano do indivíduo, fortalecer seu corpo e mente, favorecer a integração corpo/mente, nutrir sua força (interna) para ações coletivas, de mudanças sociais coerentes com a tríade primordial da relação natural Céu – Homem – Terra, que permite a todo ser humano se reconhecer enquanto um ser da espécie, um ser integrante da Natureza (FRANCO, 2003).

Assim, os problemas de saúde relacionados ao trabalho – LER/DORT, dentre outros, não podem ser melhorados/resolvidos apenas com prevenção e tratamento médico, que, via de regra, não cura os indivíduos. É necessário adotar, simultaneamente, perspectivas terapêuticas que fortaleçam os *indivíduos* – recuperando sua capacidade vital – e realizar mudanças na estrutura patogênica do trabalho contemporâneo. Os indivíduos e os sistemas sociais estão doentes.

Por fim, vale ressaltar a importância do Qi Gong como uma alternativa acessível, que pode ser apreendida e exercida pelos indivíduos. Apesar das distâncias culturais existentes, o caminho do Qi Gong, dentre outros, pode contribuir para romper o círculo vicioso dos tratamentos e recaídas, sendo, hoje, um dos tratamentos terapêuticos complementares reconhecido e preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, é necessário difundir o Qi Gong, bem como traduzi-lo em linguagens compreensíveis, tanto pelos profissionais de saúde e gestores, quanto por pessoas leigas que não têm fácil acesso às práticas corporais holísticas dadas as barreiras socioculturais e econômicas.

Referências

ALMEIDA, A. C. *E agora, o que será da minha vida? Estudo sobre os significados das LER atribuídos por operadores de telemarketing*. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho)-Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ASSOCIAÇÃO ESTATAL DE MEDICINA E FARMÁCIA TRADICIONAIS CHINESAS - AEMFTC. *Farmacologia e medicina tradicionais chinesas*. São Paulo: Roca, 2004.

ASSUNÇÃO, A. A. Sistema músculo-esquelético: lesões por esforços repetitivos (LER). In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 173-212.

AUTEROCHE, B.; SOLINAS, H.; MAINVILLE, L. *Atlas de acupuntura chinesa: meridianos e colaterais*. São Paulo: Andrei, 2000.

AZAMBUJA, M. I. R.; TSCHIEDEL, P. S. N.; KOLINGER, M. D. D. Síndrome miofascial e síndrome de dor

- regional complexa em pacientes com LER/DORT atendidos em ambulatório de saúde do trabalhador do SUS – identificação e caracterização clínica dos casos. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 176-184, jul./set. 2004.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância de saúde do trabalhador*. Salvador: EGBA, 1996.
- BING, W. *Princípios da medicina interna do imperador amarelo*. São Paulo: Ícone, 2001.
- BRASIL. Instrução Normativa INSS/DC, Nº 98 de 5 de dezembro de 2003. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 dez. 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/imagens/paginas/38/inss-dc/2003/anexos/IN-DC-98-ANEXO.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.
- _____. *Portaria Nº 971 de 3 de maio de 2006*. Disponível em: <www.mps.gov.br>. Acesso em: 30 jan. 2010.
- CAMPIGLIA, H. *Psique e medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Roca, 2004.
- ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Org.). *Saúde mental no trabalho. Da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010 (no prelo).
- FERNANDES, R. *Distúrbios músculo-esqueléticos e trabalho industrial*. 2004. 287 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- FRANCO, T. *Trabalho alienado: habitus & danos à saúde humana e ambientais (O trabalho entre o céu, a terra e a história)*. 2003, 254 f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- HE, Y. H.; NE, Z. B. *Teoria básica da medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- LAM, K. C. *O caminho da energia*. São Paulo: Manole, 1991.
- LEE, M. L. *Lian Gong em 18 terapias, forjando um corpo saudável: ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuan Ming*. São Paulo: Pensamento, 1997.
- LI, S. M. et al. *Acupuntura e medicina tradicional chinesa*. Florianópolis: IPE/MTC, 2004.
- LIMA, M. A. G. *Clínica da dor: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos*. 2005. 185 f. Tese (Doutorado)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- LIU, G. W.; HONG, J. P. *Tratado contemporâneo de acupuntura e moxibustão*. São Paulo: Ceimec, 2005.
- MAENO, M. et al. *Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dor relacionada ao trabalho: protocolos de atenção integral à Saúde do trabalhador de complexidade diferenciada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2006.
- MARTINS, E. I. S.; GARCÍA, E. G. *Pontos de acupuntura: guia ilustrado de referência*. São Paulo: Roca, 2003.
- MIRANDA, C. R. *Introdução à saúde no trabalho*. São Paulo: Atheneu, 1998.
- OSHA. *Factes 71*. Disponível em: <<http://ew2007.osha.europa.eu>>. Acesso em: 31 jan. 2010.
- OTTINO, H.; SOHIER, A.; WEI-GUO, H. *Médecine chinoise: description de cent affections*. Paris: Guy Trédaniel, 2002.
- WONG, K. K. *El gran libro de la medicina china*. 3. ed. Barcelona: Urano, 2003.
- YSAO, Y. *Acupuntura tradicional: a arte de inserir*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.
- YSAO, Y.; YAMAMURA, M. J. S.; OLIVEIRA, D. de S. *Introdução ao Tai Chi Chuan, Tui Ná e Tao Yin*. São Paulo: Centro de Pesquisa e Estudo da Medicina Chinesa, 1991.
- ZHANG, E. *Clinic of traditional chinese medicine II*. Shanghai: Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, 1990.
- ZHUANG, Y. M. *Lian Gong Shi Ba Fa*. São Paulo: Pensamento, 2000.

Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública

Maria Maeno¹

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela²

Occupational rehabilitation in Brazil – elements for the development of public policy

¹ Mestre em Saúde Pública, pesquisadora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), Ministério do Trabalho e Emprego.

² Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Contato:

Maria Maeno

Rua Capote Valente, 710 – Pinheiros, São Paulo/ SP

CEP: 05409-002

E-mail:

maria.maeno@fundacentro.gov.br

Resumo

Partindo de uma retrospectiva histórica da reabilitação profissional, o objetivo do presente ensaio é refletir sobre as possibilidades de se construir uma política pública, tendo como objetivo a real reinclusão social dos acidentados e adoecidos e não um mecanismo de desfecho burocrático para a redução de custos com benefícios previdenciários. Voltado para os trabalhadores com restrições decorrentes de acidentes traumáticos, o serviço de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), existente até os anos 1990, mostrava-se insuficiente para promover a reinserção de trabalhadores com agravos de perfil epidêmico, particularmente Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Nessa época, reflexo da política privatizante, promoveu-se um desmonte nessas estruturas dentro do INSS e a delegação da reinserção dos trabalhadores às empresas. A construção de uma política pública de reabilitação profissional exige: a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; a desconstrução da cultura e da máquina previdenciária voltada prioritariamente para os custos; a real articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais; a inclusão do caráter distributivo nos planos de modernização; o monitoramento da trajetória dos trabalhadores; e a transparência institucional.

Palavras-chave: reabilitação profissional; reinserção no mercado de trabalho; política pública; incapacidade; privatização da previdência social.

Abstract

Starting from a historical review of occupational rehabilitation, this essay reflects on the possibilities of structuring a public policy towards a real social reinclusion of the injured and diseased workers, and not as a bureaucratic mechanism to reduce social security benefit costs. Aimed at workers with disabilities caused by traumatic accidents, the occupational rehabilitation department of the National Social Security Institute (INSS) in Brazil, which existed until the 1990s, proved to be inadequate to reintegrate workers with health problems of epidemic profile, particularly Repetitive Strain Injuries/Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WRMD). At that time, as a consequence of a privatizing policy, these structures within INSS were dismantled and companies had to assume the reintroduction of workers. The development of an occupational rehabilitation policy requires the inclusion of occupational health as a topic in economic development policies, the deconstruction of the current thought and system geared primarily by pension costs, the real articulation of Health and Social Welfare in national and local projects, the inclusion of a distributive quality in the modernization plans, the monitoring of workers' trajectory, and institutional transparency.

Keywords: occupational rehabilitation; reintroduction in the labor market; public policy; disability; institutional transparency; social security privatization.

Recebido: 06/07/2009

Revisado: 04/03/2010

Aprovado: 09/03/2010

O trabalho e a incapacidade, aspectos conceituais

A sociedade e as suas instituições conservam, de modo geral, a visão *taylorista* de que o trabalho é algo estável, que pode ser fracionado em etapas simples de fácil execução, cujo sucesso depende de um controle e de um gerenciamento racionais. O trabalho seria, então, uma entidade abstrata, única e homogênea, admitindo poucas variações e categorizações. Por outro lado, o ser humano em situação de trabalho é visto como uma variável também padronizável, desde que haja uma “seleção científica” dos mais aptos. A ideia do operário padrão parte do pressuposto de um ser humano estável, que mantém ao longo do tempo suas aptidões pessoais “normais”, capacitadas para qualquer atividade de trabalho.

O mundo real, no entanto, é bem distinto destas idealizações: o trabalho e o ser humano são marcados pela variabilidade, pela complexidade e pela subjetividade como bem ensina a ergonomia da corrente francesa (WISNER, 1994). Qual seria o perfil ideal de trabalhador para a atividade de coletor de lixo, que, aboletado nos caminhões, desce correndo para pegar quilos de inúmeros sacos de lixo e os arremessa para os trituradores, por horas a fio? Ou para a atividade de corte manual de cana sob altas temperaturas climáticas, com metas a cumprir, alto gasto energético e sobrecarga física? Dificilmente um homem com mais de 50 anos de idade, mesmo que hígido, poderia exercer qualquer uma das atividades citadas por limitações impostas pela idade. Tampouco um jovem de 24 anos, com hérnia de disco, teria condições para ocupar esses postos. Paralelamente a certa visibilidade social de aspectos da penosidade de atividades de trabalho como essas, há uma aceitação das imagens de trabalhadores sujos, com risco de morte a cada dia, como se o perigo e as condições de trabalho inadequadas fossem inerentes a determinados processos laborais. Adicionalmente, outros aspectos do trabalho vêm sendo estudados sobressaindo-se pela sua penosidade menos visível. Jinkings (2006) chama a atenção para formas sistêmicas de organização do trabalho em um contexto de programas de qualidade total e práticas gerenciais que buscam uma suposta identidade cada vez maior dos trabalhadores com as estratégias das empresas e sua adesão física e psíquica. Entre outros, é o caso de bancários (JINKINGS, 2006) e trabalhadores das centrais de teleatendimento, chamadas por Oliveira (2009) de central de teleatividades, setor também estudado por Venco (2006) nos seus aspectos organizacionais e nas repercussões sobre a saúde dos que nele trabalham. Padecem da corrida atrás do cumprimento de metas, das pressões para atingi-las, do medo de exclusão diante dos fracassos e de critérios que extrapolam a qualificação profissional, adoecendo física e mentalmente.

A abordagem adequada desse mundo complexo do trabalho e de seus efeitos sobre a saúde requer referências conceituais abrangentes de vigilância e promoção

da saúde, que considerem a inter-relação entre estas dimensões, o caráter social e a participação da sociedade como fundamentais para o sucesso das intervenções (BRASIL, 1998; MACHADO, 1996; PINHEIRO, 1996; MACHADO, 2005).

A reabilitação profissional vista sob este ângulo é entendida como parte do processo de intervenção que incide sobre o indivíduo, de modo articulado com a intervenção sobre o processo terapêutico e sobre as condições nocivas de trabalho, que geraram o agravo e/ou acolherão novamente o trabalhador. Portanto, ela deixa de ser vista como uma ilha isolada. Compreende-se, assim, que a atuação em qualquer nível do processo de produção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho ou no agravamento de suas consequências clínicas, familiares e sociais tem, direta ou indiretamente, sempre um caráter preventivo.

O objetivo deste ensaio é a produção de uma reflexão sobre as possibilidades e as condições para que a reabilitação profissional no Brasil venha a ser um processo de real reinclusão social dos acidentados e adoecidos, deixando de ser apenas um mecanismo cujos entendimentos e práticas visem ao desfecho administrativo dos casos em gozo de benefícios previdenciários.

Reabilitação profissional no Brasil: contexto histórico

A reabilitação da capacidade funcional do trabalhador, presente na legislação previdenciária (BRASIL, 1944), inicialmente era citada como “readaptação profissional” e “reaproveitamento do empregado acidentado” e tinha como objeto restituir, parcial ou totalmente, a todo incapacitado para o trabalho, a “capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas”. A forma prevista para atingir esse objetivo restringia-se à “prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora” e ao “ensino conveniente em escolas profissionais especiais”, o que refletia a natureza das restrições físicas, fundamentalmente decorrentes de acidentes do trabalho traumáticos, e a abordagem terapêutica vigente à época. Eram práticas executadas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Com a estatização do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, a legislação adotou a expressão reabilitação profissional, vinculada a programas de prevenção de acidentes do trabalho da previdência social, sem, no entanto, explicitar o seu significado e, tampouco, quaisquer procedimentos. Passou-se a garantir fonte de custeio a cargo exclusivamente da empresa (BRASIL, 1967).

Em 1976, a legislação tornou a reabilitação profissional obrigatória ao acidentado do trabalho (BRASIL, 1976a). No seu regulamento, a reabilitação profissional ficou caracterizada como um direito do acidentado do

trabalho e foi contemplada em uma seção, ainda que sucinta. Nesta, é citado um programa de reabilitação profissional que se destina, quando indicado e necessário, ao “acidentado que, em consequência do acidente, se torna incapaz para o exercício da sua atividade” (BRASIL, 1976b).

Na legislação atual ampliou-se o direito à reabilitação profissional ao dependente, além do segurado, acidentado do trabalho ou não, e se determinou que o segurado, em gozo de auxílio-doença (benefício temporário por incapacidade), impossibilitado de recuperação para sua atividade habitual, “deverá submeter-se ao processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade”. Neste caso, não pode ter o benefício temporário suspenso “até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade, que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, for aposentado por invalidez” (BRASIL, 1991). O regulamento da lei previdenciária cita alguns procedimentos, incluindo a avaliação do potencial laborativo, a orientação e o acompanhamento da programação profissional, a articulação com a comunidade com vistas ao reingresso no mercado do trabalho e o acompanhamento e a pesquisa da fixação no mercado de trabalho, preferencialmente por uma equipe multiprofissional. Isenta a Previdência Social da manutenção do segurado no mesmo emprego ou da sua colocação em outro para o qual for reabilitado, deixando claro que o processo de reabilitação profissional cessa com a emissão de um certificado que indique a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente (BRASIL, 1999). Isto é, explicita-se o resultado esperado, parcial e incompleto, que é a habilitação e a possibilidade de reinserção, e não a reinserção efetiva.

A vinculação da reabilitação profissional ao órgão segurador, a fragmentação das atuações dos órgãos de Estado e as escolhas governamentais no desenvolvimento do processo político do país levaram à implementação de um serviço sem a necessária articulação com os órgãos assistenciais, nem com os órgãos fiscalizadores das condições de trabalho e, tampouco, com o corpo pericial da própria Previdência Social (TAKAHASHI, 2006). Estruturada em unidades localizadas nas capitais brasileiras e em algumas grandes cidades do interior, denominadas Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional (CRP e NRP) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) sua atuação sempre foi tímida dentro dos limites de procedimentos administrativos que, ao mesmo tempo em que propiciavam intervenções para reduzir as desvantagens decorrentes das incapacidades, tornavam-na parte do mecanismo regulador das finanças previdenciárias, sem qualquer intervenção sobre as condições de trabalho. Em seu estudo sobre a reabilitação profissional do INSS, Matsuo (1997) destaca que os técnicos entrevistados eram profissionais experientes e empenhados em fazer um bom trabalho, mas não havia uma definição do que consistia a reabilitação. Segundo os entrevistados, “o CRP não tem que se meter na empresa. O nosso papel é

reabilitar o acidentado. Preparar o trabalhador para retornar ao trabalho”. As entrevistas também mostraram que outros questionavam o real papel do CRP, considerando que tanto o encaminhamento do segurado à reabilitação profissional, como a avaliação da aptidão do segurado para o trabalho e a concessão de benefícios eram competência da perícia médica e que o INSS não influenciava efetivamente na recolocação do trabalhador, o que era feito pela empresa.

Sob essa característica de pouca consistência conceitual, com uma clientela predominante de acidentados com sequelas físicas visíveis, a recolocação era feita sem que isso significasse uma real reintegração do acidentado à vida social e profissional.

Na década de 1990, com o aumento de segurados com restrições decorrentes de doenças ocupacionais, particularmente Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), os procedimentos adotados pelos CRP e pelos NRP evidenciaram a sua insuficiência mesmo para o papel que desempenhavam. Sua clientela, até então predominante de trabalhadores com sequelas de acidentes do trabalho, passou a coexistir com outros, que apresentavam restrições físicas pouco visíveis, decorrentes de doenças de evolução crônica e de forte sofrimento psíquico. Esses casos comumente eram oriundos de empresas com histórico de grande número de acometidos e que, apesar disso, mantinham o ambiente de trabalho inalterado, não adotando medidas preventivas. As estatísticas da Previdência Social mostram que, entre 1988 e 1991, menos de 1% do total de agravos ocupacionais registrados era de doenças, entre 1992 e 1995, o percentual aumentou até 5%, com picos de 8,8% e 8,6%, respectivamente nos anos de 1996 e 1997, para se manterem nos anos subsequentes entre 5,5% a 7,5%. Apesar das oscilações, percebia-se uma tendência de aumento do peso das doenças, com grande predomínio das LER/DORT (BRASIL, 1997). Impulsionadas por essa mudança no perfil da origem das restrições dos trabalhadores encaminhados à reabilitação profissional, algumas experiências isoladas se desenvolveram, fruto do esforço de profissionais articulados com o movimento social e com os órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS). Eram experiências que tinham diretrizes mais amplas, tanto no tocante aos conceitos de saúde, de incapacidade e de reabilitação profissional, como na forma intersetorial, sincronizadas às necessidades reais dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo, já ocorria um sucateamento da capacidade instalada e dos recursos humanos nos CRP e nos NRP em decorrência de um processo de minimização do papel do Estado, iniciado no final da década de 1980 e intensificado na década de 1990, e de uma compreensão de que a reabilitação profissional era mais um benefício da Previdência Social e não um cuidado à saúde (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Apesar de tentativas de resistência a esse desmonte, durante a década de 1990, testemunhou-se a extinção da reabilitação profissional do INSS, já descrita detalhadamente por Bernardo (2006) e Takahashi (2006).

Para fins didáticos, será utilizada, neste artigo, a divisão em três fases do processo de mudanças ocorridas na reabilitação profissional do INSS, após a Constituição Federal de 1988, utilizada por Takahashi (2006).

Na primeira fase, concomitantemente à emergência de movimentos sociais e à implementação do SUS, entre 1993 a 1994, pautaram-se questionamentos aos modelos estruturais centralizados e aos conceitos que consideravam a incapacidade diretamente relacionada à doença ou ao trauma, que exigia essencialmente a assistência médica individual. Esses questionamentos tiveram expressão no surgimento de experiências locais e regionais, de natureza interdisciplinar e interinstitucional (TAKAHASHI, 2006).

A segunda fase, de 1995 a 2000, simbolizada pelo Plano de Modernização da Reabilitação Profissional do INSS, consolidou a hegemonia do modelo reducionista da atenção, de delegação da administração da reinserção ao trabalho nas empresas, e o desmonte dos CRP e dos NRP, já em fase de decadência, conforme mencionado (TAKAHASHI, 2006). Eram reflexos do processo de privatização em curso da Previdência Social, consonante com o que havia ocorrido em vários países da América Latina (COELHO, 2003).

Embora a privatização da Previdência Social de fato não tenha ocorrido no Brasil, ao longo dessas últimas décadas observam-se inúmeros procedimentos que, em suas ordens internas, expressam interpretações da legislação com foco na contenção de custos e em formas de gestão que se assemelham às empregadas em seguradoras privadas. Mendes (2006) detalha as formas das práticas que se distanciavam da legislação por meio de normas internas, “acordos” e exigências implícitas por ocasião de seu estudo. Cita, entre as exigências implícitas:

Não estabelecimento de nexos, não concessão de benefícios, não informação dos direitos do segurado, a negativa da CAT (se não emitida pelo médico da empresa), vinculando-as à avaliação de qualidade e do desempenho da atividade pericial. (p. 113)

Caetano (2006), partindo do pressuposto de que o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) é deficitário, discute o “potencial das reformas em práticas administrativas na contenção, ainda que parcial, do déficit do RGPS”. Advoga que o “ponto positivo dessas reformas é seu trâmite político muito mais simples que as reformas constitucionais necessárias a um ajuste mais profundo”, fortalecendo uma forte cultura institucional de defesa corporativa, baseada em enxugamento de gastos, sobrepondo-se ao senso de justiça e de seguridade social. São emblemáticos alguns estudos apresentados por peritos médicos do INSS, em seu segundo congresso nacional, que expressam supostamente a grande preocupação com a gestão, entendida como enquadramento de resultados de suas atividades nas normas e metas estipuladas por

ordens internas do órgão segurador, sem a preocupação com um enfoque mais amplo e de questionamento sobre o mérito da questão em tela. Morais (2009), por exemplo, realizou um estudo visando avaliar o impacto da assistência técnica pelos peritos do INSS nos processos judiciais contra o órgão, concluindo que essa atuação “determinou o curso favorável das ações judiciais para o INSS, trazendo um ganho econômico significativo para a instituição”, o qual “trata-se da última linha de defesa do INSS”. Nenhuma palavra sobre o mérito dos processos. Outro perito (TEIXEIRA JUNIOR, 2009), ao analisar “as conclusões obtidas a partir das avaliações do potencial laborativo e o perfil dos desligamentos de programas de reabilitação profissional realizados nos anos de 2007 e 2008, na Unidade Técnica de Reabilitação do Recife”, concluiu que:

Os dados do programa de reabilitação profissional mostram que, somando-se os percentuais de retorno à função diversa, retorno para a mesma atividade e retorno para uma atividade diversa tem-se um percentual de 74%. Ou seja, concluiu-se que houve desempenho do programa de reabilitação profissional, com reinserção no mercado de trabalho, resultado compatível com o preconizado pela OI DIRBEN nº 116/2005.

Mais uma vez, mostra-se presente a preocupação em enquadrar-se a um sistema de gestão que prevê um determinado número de segurados com programas de reabilitação profissional concluídos, sem qualquer consideração sobre a qualidade desses programas e sobre as necessidades dos trabalhadores.

Essa preocupação contábil e administrativa é sentida em outras avaliações do desempenho da Previdência Social. Siano (2009) analisou as influências da implementação da cobertura previdenciária estimada pela Copes³ sobre os benefícios por incapacidade concedidos a segurados com transtornos psíquicos, em dois períodos, concluindo que:

O perfil de concessão de benefícios por incapacidade a segurados com diagnóstico de transtornos mentais sofreu alterações durante os períodos de mudanças na legislação previdenciária, com redução dos deferimentos pela Perícia Médica, do número de renovações do benefício e do tempo de afastamento concedido.

Não se deteve em qualquer questionamento ou análise sobre a adequação desses procedimentos do ponto de vista do segurado e da sua saúde e sobre o cumprimento dos objetivos da previdência social no tocante à cobertura prevista em lei. Ressalte-se que a Copes, de agosto de 2005 a agosto de 2006, foi instituída por meio de ordens internas, cujo acesso era restrito apenas aos servidores do INSS. Em 2006 foi objeto de uma portaria (BRASIL, 2006a) e de um decreto (BRASIL, 2006b). Emblemático da polêmica sobre essa questão, cita-se o exemplo de negação de provimento pelo juízo federal a um recurso do INSS contra uma tutela antecipada, que

³ Copes: instituída em agosto de 2005, é um mecanismo pericial que define uma data de cessação de benefício no momento em que este é concedido, obrigando o segurado a pedir prorrogação caso não se sinta recuperado na data estimada para o retorno ao trabalho.

havia determinado o restabelecimento do benefício cessado, de forma programada, a uma segurada (BRASIL, 2009a). Baseado na lei previdenciária que determina ao segurado a concessão do auxílio-doença a contar do 16º dia do afastamento da atividade ou a contar da data do início da incapacidade e “enquanto ele permanecer incapaz” (BRASIL, 1991), entendeu o Juiz Relator que os atestados médicos apresentados pela reclamante lhe conferiam a incapacidade para exercer suas “funções laborativas” habituais, não sendo necessária a existência da “incapacidade absoluta e irreversível”. Continuou, ainda, fundamentado no artigo 62 da lei previdenciária, que o segurado em gozo de “auxílio-doença e insusceptível de recuperação para sua atividade habitual deveria submeter-se ao processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade”. E que o benefício não poderia ter sido cessado até que houvesse habilitação “para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, for aposentado por invalidez” (BRASIL, 1991).

Pergunta simples postada por um segurado, mas não respondida, expressa a sensação de impotência diante de tantos dissensos:

Estava em benefício desde 07/2001 e recebi alta em 30/06/2009, mesmo estando doente. Como já tinha solicitado um PR⁴ para este benefício em 2007, só me deram a opção de entrar com recurso. O médico do banco me considerou inapto para o retorno ao trabalho, e me informou que eu deveria entrar com o recurso e aguardar, em casa, o resultado, e que infelizmente eu ficaria sem receber salário até quando o recurso for julgado. O problema é que o recurso demora, e o INSS pode negar. O que devo fazer para não ficar sem salário? O meu benefício e espécie B91.⁵

A terceira fase de mudanças na Reabilitação Profissional foi a da implementação do Projeto Reabilita, iniciada em 2001 e ainda vigente nos dias atuais, fundamentada no regulamento da Previdência Social (TAKAHASHI, 2006). Sua característica principal tem sido um processo de re colocação sob a responsabilidade institucional de orientadores profissionais e não mais de equipes de reabilitação profissional. Conforme artigos da atual chefe da Divisão de Reabilitação Profissional do INSS, entre as ações não implementadas do Projeto está a “não recomposição da equipe de atendimento” (CANALONGA, 2009a, 2009b).

Muitos desses orientadores profissionais não têm familiaridade com o mundo do trabalho real e com as suas exigências. Seus procedimentos restringem-se à homolo-

gação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. Com frequência, seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido. Sem uma avaliação criteriosa da atividade laboral oferecida pela empresa, promove-se um estágio, que, cumprido de alguma forma, resulta na homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições reais de efetiva reinserção no ambiente de trabalho.

Em audiência pública ocorrida em Erechim, Rio Grande do Sul, com a participação do Ministério Público Federal, do Ministério Público do Trabalho, do INSS e de trabalhadores, acerca da inexistência de um serviço de reabilitação profissional, houve um entendimento por parte do INSS de que é função da empresa realocar seus trabalhadores internamente, caso necessário.⁶

Pode-se citar casos reais de trabalhadores, entrevistados em sindicatos e serviços de saúde, emblemáticos, das diversas facetas dessas concepções e práticas.

Um trabalhador da região metropolitana de São Paulo, após 3 anos de afastamento por LER/DORT, foi encaminhado à reabilitação profissional do INSS. O orientador profissional solicitou à empresa, em dezembro de 2008, informações sobre as características de suas funções e atividades por meio de ofício padronizado pela Diretoria de Benefícios (OI nº 116 INSS/ DIRBEN, de 25/05/2005), acompanhado por um formulário (anexo VII)⁷ a ser preenchido pela empresa. Em março de 2009, o setor de reabilitação profissional encaminhou-o à perícia, a despeito da ausência das informações da empresa, e o segurado teve a cessação de benefício programada para o mês seguinte, recebendo uma carta a ser entregue à empresa. Essa carta de notificação à empresa determinava:

Que o retorno às atividades laborativas deveria dar-se em ambiente e função adequados, sem riscos de reexposição às mesmas condições de trabalho motivadoras do aparecimento da patologia declinada, evitando-se assim o agravamento do quadro clínico, pois é da responsabilidade da Empresa a tomada de medidas preventivas necessárias[...].

⁴ PR é a sigla de pedido de reconsideração previsto pelo INSS nos casos de indeferimento de benefício ou de sua prorrogação.

⁵ Pergunta de um segurado. Disponível em: <<http://forum.jus.uol.com.br/143322/>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2009.

⁶ Informação de 04/04/2008, publicada no Portal do Ministério Público Federal. Disponível em: <<http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias-do-site/direitos-do-cidadao/mpf-rs-discute-atendimento-de-medicos-peritos-em-erechim/?searchterm=reabilita%20profissional>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

⁷ O anexo VII, da Ordem Interna 116 de Diretoria de Benefícios do INSS, de 25/05/2005, cuja finalidade explicitada era “subsidiar o médico e o responsável pela orientação profissional quanto à função desempenhada pelo (a) segurado (a)”, continha os seguintes itens, entre outros: descrição da função (campo aberto), exigências de escolaridade para o exercício da função, necessidade de experiência profissional, tempo mínimo exigido para aprendizagem da função, exigências na função quanto ao esforço físico, ao ritmo de trabalho, aos movimentos exigidos, às posições necessárias, à utilização da visão (campos fechados).

Fica evidente a delegação da reabilitação profissional à empresa, mesmo com fortes indícios de que ela não ocorreria de fato.

Outro caso evidencia o agravamento do quadro clínico de uma trabalhadora formalmente reabilitada, mas, realmente, reexposta às mesmas situações de trabalho causadoras do adoecimento. Trata-se de uma segurada com diagnóstico de LER desde 1996, quando era caixa de banco. Após o afastamento do trabalho por aproximadamente dois anos, passou por processo de reabilitação profissional e retornou ao trabalho em 1998, tendo lhe sido concedido o auxílio-acidente.⁸ Apesar de formalmente reabilitada e considerada pessoa com redução de capacidade laborativa parcial e permanente, durante mais de dez anos exerceu diversas atividades que exigiam movimentos repetitivos continuados, tendo sido afastada novamente do trabalho por aproximadamente um ano, em 2007, com agravamento do quadro clínico. Esse novo afastamento não gerou qualquer procedimento do serviço de reabilitação profissional do INSS no sentido de reavaliar as condições em que a segurada estava trabalhando e, assim, ela teve cessação de benefício, retornando novamente às mesmas condições inadequadas. Em tese, para o INSS, continua a ser uma segurada reabilitada e devidamente indenizada por meio da concessão de auxílio-acidente.

Outro caso demonstra declarações contraditórias no tocante a um processo de reabilitação profissional. Trata-se de uma segurada com diagnóstico de LER e transtornos psíquicos graves, atestados por seus médicos especialistas, que, segundo o serviço de reabilitação profissional do INSS, teve “desempenho insatisfatório durante o período de estágio”, motivo pelo qual não recebeu o “Certificado de Reabilitação Profissional”. No entanto, o órgão segurador declarou formalmente que a “segurada cumpriu Programa de Reabilitação Profissional no período de 20/12/2007 a 14/11/2008”. A segurada teve cessação do benefício mesmo com a declaração do INSS de que o seu desempenho laboral havia sido insatisfatório.

Esses exemplos sintetizam alguns dos problemas da reabilitação profissional, os quais são: a sua descaracterização como um serviço previdenciário; a inexistência de uma avaliação multiprofissional; a delegação da responsabilidade do estágio probatório à empresa, sem qualquer análise sobre a compatibilidade do estado de saúde e a funcionalidade do reabilitando com as atividades laborais propostas; a finalização da “reabilitação profissional” mesmo com os desempenhos insatisfatórios dos reabilitandos, cessando-lhes o benefício por incapacidade. As possibilidades dos segurados serem ouvidos no tocante às exigências das atividades laborais,

à qualidade do acolhimento por parte das chefias e dos colegas são nulas, sendo-lhes negada a possibilidade de serem sujeitos de sua reabilitação profissional.

Trabalhadores com restrições frequentemente passam a ser cidadãos de segunda classe nos locais de trabalho. As grandes empresas são estimuladas a manter programas de readaptação, consolidando o seu papel capitaneador na recolocação dos trabalhadores com restrições laborais e o papel do INSS de homologador do processo, conforme permite o artigo 370 da instrução normativa de 2007 (BRASIL, 2007a). As pesquisas de acompanhamento e fixação, se feitas, não são divulgadas, de forma que não se dispõe de informações sobre a real reinserção profissional dos segurados. Uma ação civil pública promovida pela Procuradoria Regional do Trabalho da 2ª Região, juntamente com o Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e região contra uma instituição financeira com atividades em todo o território nacional entre outros itens, refere-se ao:

tratamento indigno e discriminatório dado aos empregados portadores de LER/DORT, [...] à ausência de uma política de realocação de trabalhadores portadores de restrições funcionais, impondo dificuldades para os trabalhadores que retornam de licença médica, demissões.

Refere-se também à constatação, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Ministério do Trabalho e Emprego, de que “não existe política de realocação de trabalhadores portadores de restrições funcionais, impondo dificuldades para os trabalhadores que retornam de licença médica”.⁹

O desafio da construção de uma política pública de reabilitação profissional e de reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho

A superação dos impasses referentes à deficiência da reabilitação profissional passa necessariamente pela compreensão do mundo do trabalho contemporâneo e pela importância das práticas de prevenção de agravos em todos os níveis de intervenção. Pochmann (2004) ajuda a entender a complexidade do contexto socioeconômico ao assinalar as características marcantes do capitalismo atual.

Segundo ele, uma das características está “associada ao aprofundamento do princípio da incerteza inerente às ações dos capitalistas”, advinda da indefinição sobre quais serão os grandes grupos econômicos que

⁸ Benefício pago mensalmente, até a data da aposentadoria, ao trabalhador que sofre um acidente e fica com sequelas que reduzem a sua capacidade de trabalho. Corresponde a 50% do salário de benefício que deu origem ao auxílio-doença corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio-acidente. Disponível em: http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_07.asp Acesso em: 28 dez. 2009.

⁹ Ação civil pública nº 02106.2008.004.02.00-8, promovida pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e região, perante a 4ª Vara do Trabalho de São Paulo.

continuarão dominantes no contexto de incorporações e aquisições, das quais se tem notícias com muita frequência. Nesse contexto em que estão em jogo interesses financeiros de grande monta, fato recente no Brasil evidenciou a distância entre a legislação e a realidade. Trata-se da incorporação de uma empresa do setor de alimentação por outra, ocorrida em 2009. Para essas operações complexas, o governo federal dispõe de órgãos cujas atribuições referem-se à garantia dos direitos constitucionais relativos à ordem econômica e financeira (BRASIL, 1988), o que implica a análise de inúmeros itens (BASILE, 2009), entre os quais, em tese, estão as obrigações trabalhistas e a proteção da vida e da saúde do trabalhador. A despeito de dados de benefícios por incapacidade terem fundamentado a Previdência Social a definir o grau de risco máximo às empresas do setor de alimentação (BRASIL, 2009b), não se tem notícias de que a saúde do trabalhador tenha sido considerada na grande operação econômica ocorrida. Em uma grande empresa do setor, a alta prevalência de casos de LER/DORT motivou um termo de ajuste de conduta por intervenção do Ministério Público do Trabalho, visando reintegrar um grande contingente de trabalhadores adoecidos e proteger a saúde dos demais (BARTILOTTI et al., 2009).

Pochmann (2004) ainda discute uma nova divisão internacional do trabalho, que impõe uma geração de postos de trabalho de baixa qualidade nos países “com menor capacidade de desenvolvimento e de difusão de novas tecnologias”.

Pode-se citar como exemplo desses postos o de operador de *telemarketing*. Segundo estudo realizado, constatou-se que essa população é constituída, em sua maioria, de pessoas que ingressaram aos quinze anos no mercado de trabalho em atividades diversas do mercado informal, tais como auxiliares de serviço e distribuidores de panfletos, e que não conseguiram outros espaços no mundo do trabalho. São jovens, com predominância de mulheres, muitos deles excluídos por características peculiares (obesidade, homossexualismo, negros), que se veem transitoriamente nessa atividade laboral e almejam outras colocações. São submetidos a um trabalho repetitivo, sob forte controle operacional, exigido na superação de metas inalcançáveis e com outros aspectos característicos do *taylorismo* (VENCO, 2009). Apesar de evidentes riscos à integridade física e psíquica, mais uma vez é possível lembrar-se de um fato que mostra a pouca importância dada às condições de trabalho e à saúde do trabalhador. Em julho de 2008, com o Ministério da Justiça à frente, foi publicado um decreto (BRASIL, 2008) regulamentando a lei (BRASIL, 1990) e fixando normas para o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC). Esse decreto visou à proteção dos direitos do consumidor, que exigiu mais resolutividade e rapidez no atendimento. Se as cláusulas do decreto tiveram o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado ao consumidor, a mesma preocupação não se estendeu aos trabalhadores do setor. O tempo de espera máximo do consumidor foi regulamentado, mas não há

garantia das condições apropriadas para que tal rapidez seja possível sem que ocorra uma intensificação ainda maior do trabalho, com aumento da pressão sobre os trabalhadores. Mesmo a norma específica referente à saúde do trabalhador de telemarketing (BRASIL, 2007b), previamente negociada entre representantes do governo, do movimento sindical e do setor empresarial, não tem sido devidamente implementada em função da resistência das empresas e sequer foi lembrada no processo conduzido pelo Ministério da Justiça.

Assim, a saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é um direito constitucional a ser conquistado na prática. A inclusão das questões trabalhistas e sanitárias dos trabalhadores nas equações de sustentabilidade das políticas econômicas é de importância central para que se supere a situação de sua sobreposição ao bem-estar da população cujo ônus recai sobre o próprio Estado, seja no SUS, seja na Previdência Social ou mesmo na Assistência Social, o tripé da seguridade social no país (BRASIL, 1988).

Outro desafio a ser vencido na construção de uma política pública de reabilitação profissional refere-se à integração real entre os setores da Saúde e da Previdência Social no tocante às concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional.

A evolução da maioria dos agravos depende de vários fatores, entre os quais a presteza na assistência, a qualidade dos cuidados terapêuticos, o apoio familiar e social, a precocidade da intervenção, visando à reabilitação física e psicossocial, necessariamente de natureza interdisciplinar, as possibilidades de afastamento do trabalho pelo tempo necessário e o processo de retorno ao trabalho, que adquire características peculiares de acordo com a natureza da restrição do trabalhador e da receptividade da empresa.

Toma-se como exemplo hipotético um trabalhador de 32 anos de idade do setor metalúrgico que, em um acidente do trabalho, sofre uma fratura exposta em uma das pernas e é atendido em um serviço de urgência. Recebe os primeiros cuidados e, por falta de vagas no hospital, aguarda alguns dias para ser operado, o que torna as suas chances de plena recuperação menores. Após a intervenção cirúrgica, preconiza-se a manutenção de cuidados e procedimentos de uma equipe multiprofissional, escassa no sistema de saúde, seja público ou privado. A recuperação desse paciente depende da gravidade da lesão, do acesso adequado à assistência, de eventuais intercorrências clínicas, da qualidade da assistência, do vínculo empregatício, da existência de cobertura previdenciária que viabilize o seu sustento durante o período em que não estiver em condições de retornar ao trabalho, do respeito ao direito legal que garante a manutenção do vínculo empregatício até um ano após o retorno ao trabalho (BRASIL, 1991), de suporte familiar e psicossocial que lhe garantam apoio no processo de recuperação. Caso tenha sequelas, por menores que sejam, a sua funcionalidade pode estar comprometida, dependendo da natureza de sua atividade

laboral na empresa. Na impossibilidade de retornar à sua atividade laboral de origem, a sua recolocação depende da variedade de postos de trabalho oferecidos pela empresa, do acolhimento apropriado, das mudanças necessárias nos vários aspectos do trabalho e, sobretudo, de uma política e um programa definidos com o objetivo de se ampliar as suas possibilidades de reinserção, de forma acordada entre reabilitando, empresa, demais trabalhadores e órgãos governamentais. Vários desses aspectos são discutidos por Loisel et al. (2005) em casos de incapacidade decorrente da lombalgia, quais sejam, as características do trabalhador adoecido, o local de trabalho, o sistema de saúde, o seguro social, o contexto social e as interações entre os envolvidos no problema.

A reabilitação profissional pressupõe tanto o esgotamento das possibilidades da intervenção terapêutica no âmbito do setor Saúde, específicas para cada caso, como também a devida cobertura previdenciária durante o período de incapacidade para a função habitual. Essa sincronia nos procedimentos depende de uma compreensão comum das áreas da Saúde e da Previdência Social sobre os conceitos de incapacidade e de reabilitação profissional.

Tradicionalmente, o profissional de saúde a quem é atribuída a responsabilidade de avaliar a incapacidade é o médico. No entanto, durante o curso de graduação, ele não é estimulado a refletir sobre o significado de uma restrição física ou psíquica na vida de seu paciente; sua formação é centrada no raciocínio clínico, na realização diagnóstica. Além disso, os critérios que normalmente utiliza para a avaliação da incapacidade são pessoais e frequentemente descontextualizados.

Na área assistencial, a incapacidade é declarada mediante a emissão de um atestado, considerado parte integrante do ato médico, segundo resolução do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2003). Esta resolução determina que o médico assistente deve especificar o tempo concedido de dispensa para a atividade, necessário para a completa recuperação do paciente, estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente, registrar os dados de maneira legível, identificar-se como emissor mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Não entra em detalhes quanto aos critérios a serem utilizados pelo profissional. Na área pericial de uma seguradora, seus critérios passam a sofrer influências das normas e regras de conduta, explícitas e implícitas, da instituição à qual se vincula, sendo que o foco de sua atividade é o deferimento ou indeferimento de um pleito do segurado.

No caso do INSS, na perícia inicial, duas são as questões principais a serem decididas: a existência ou a inexistência de incapacidade para fins de concessão de benefício e da espécie de benefício, a depender da classificação de agravo, relacionado ou não ao trabalho. Em momentos posteriores, cabe ao perito a decisão pelo encaminhamento à reabilitação profissional, pela cessação do benefício por incapacidade ou pela

indicação para aposentadoria por invalidez. Ao analisar a atividade pericial, Mendes (2006) constatou que, nas situações de difícil objetivação do adoecimento e estabelecimento donexo causal com o trabalho, na ocasião da pesquisa, os peritos optavam por negar o benefício acidentário. Um dos peritos entrevistados chegou a verbalizar que “o perito do INSS não faz nexocausal. O paciente já vem com a CAT emitida, caracterizando acidente do trabalho. Somente aceito se a CAT for emitida pelo médico da empresa” (p. 115). Outros peritos verbalizaram o mesmo procedimento. O pesquisador constatou também a influência dos interesses do órgão segurador, o viés financeiro nas decisões periciais e as limitações do poder decisório dos peritos pelo sistema informatizado utilizado, que engessa, por exemplo, “as patologias que geram o afastamento, o tempo médio de concessão do benefício para cada patologia e os critérios de concessão de auxílio-doença”.

Considerando a zona de intersecção de atuação da Saúde e da Previdência Social, é premente a definição de critérios de avaliação da incapacidade e da funcionalidade que possam ser adotados por ambos os setores, facilitando a avaliação, a comunicação e o trabalho articulado na busca da reinserção social e profissional dos pacientes.

A base desses critérios poderia ser a mesma prevista para os fins de concessão de benefício de prestação continuada à pessoa com deficiência que não tenha como se manter, ou seja, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (BRASIL, 2007c). A Organização Mundial da Saúde considera as informações fornecidas pela Classificação Internacional de Doença (CID-10) e pela CIF, complementares, propiciando uma avaliação mais abrangente e mais precisa sobre as possibilidades de uma vida satisfatória, que depende não só das condições de saúde e doença do indivíduo, mas também do contexto do meio ambiente físico e social, das relações interpessoais, da disponibilidade de serviços e da legislação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Nesse contexto, é oportuna a discussão sobre a interdisciplinaridade na definição da incapacidade, particularmente nos casos de alta complexidade clínica e social, o que permitiria tomadas de decisão baseadas em avaliações pluridimensionais.

Vencida a etapa das definições conceituais de incapacidade e reabilitação profissional, à luz das experiências (TAKAHASHI, 2006), é preciso que se definam programas de acordo com a natureza das restrições apresentadas pelo reabilitando.

O processo de reinserção profissional de um trabalhador acometido por restrições de cunho epidêmico, como ocorre nos casos de LER/DORT, é complexo e exige a mudança das condições de trabalho. Programas baseados na criação de setores destinados a trabalhadores com LER/DORT não têm apresentado sucesso no processo de reabilitação profissional, estigmatizando-os mais ainda e dando espaço para humilhações e discriminações (MAENO, 2001). Também

é importante ter-se em conta que o retorno ao trabalho não pressupõe o controle total da dor, e sim o alcance de um estado em que se conquista certa estabilidade no quadro clínico, com diminuição da intensidade e da frequência das crises algícas. É preciso um espaço real para a manutenção de tratamento, seja físico ou psicológico, que exija saídas durante a jornada de trabalho. Para que isso seja possível, é fundamental que haja uma relação de confiança entre o reabilitando, a equipe de reabilitação profissional e a empresa, além de uma relação trabalhista que inclua a estabilidade por tempo prolongado. Fácil compreender que, se as possibilidades de demissão forem grandes, a busca da aposentadoria por invalidez passa a ser uma alternativa, mesmo que inicialmente não desejada pelo trabalhador. Mais do que nunca, é preciso que todas as partes assumam que a reabilitação profissional é um direito legal e não uma concessão caridosa por parte da empresa ou do INSS.

Desafiadora é a reabilitação profissional de trabalhadores com transtornos psíquicos relacionados ao trabalho, cujas origens e fatores agravantes são heterogêneos, exigindo abordagens específicas no processo terapêutico e de reabilitação. Pode-se imaginar os aspectos envolvidos na reabilitação profissional de um bombeiro com estresse pós-traumático, cotidianamente exposto a situações de perigo, acidentes e catástrofes. Ou de um professor com quadro de esgotamento profissional, cuja atividade principal exige dedicação e envolvimento, considerando-se que algumas das características dessa forma de adoecimento são a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho. Ou de um bancário com quadro ansioso-depressivo grave, exigido a superar metas continuamente, sempre sob o risco de demissão. Esses exemplos refletem a necessidade de se construir abordagens específicas por natureza de restrição.

Diante dos múltiplos aspectos a serem considerados, faz-se necessário analisar com cautela a afirmação de que a nova tendência é “não reabilitar pessoas com a finalidade de fazê-las retornar ao trabalho, mas fazê-las voltar ao trabalho para reabilitá-las” (SCHUBERT, 2009). Essa ideia, sedutora à primeira vista, deve levar em conta sempre o contexto do trabalho, as suas características, a cultura organizacional e os direitos sociais para que não se promova um retorno precoce à atividade laboral, sem qualquer garantia de reinserção plena e cidadã.

Dessa forma, é urgente que os órgãos da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social se articulem para o desenvolvimento de programas locais e regionais, colados às necessidades dos trabalhadores de sua jurisdição, em articulação com órgãos e instituições da

sociedade. E, nesse processo, é mandatório considerar-se as estruturas de cada um dos setores.

Para o SUS, a vigilância em saúde do trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de planejar e avaliar as intervenções sobre os mesmos, de forma a eliminá-los (BRASIL, 1995; BRASIL, 1998).

A vigilância em saúde do trabalhador é uma das áreas que tem como característica o potencial articulador e integrador das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de serviços de atenção da saúde, juntamente com outros setores e instituições como a área de trabalho, a previdência e o meio ambiente (MACHADO, 1996; MACHADO, 2005). O SUS conta com uma estrutura de rede de serviços cujo funcionamento pressupõe a pactuação das diretrizes entre gestores das esferas federal, estadual e municipal de governo, cada uma delas com autonomia entre si, e a descentralização das ações, sendo, em tese, cotidiano o desenvolvimento de programas locais ou regionais, com o envolvimento do conjunto dos equipamentos da rede, cujas equipes têm composição multiprofissional. Opõe-se, assim, ao modelo anteriormente vigente de concentração da prestação de serviços por grandes estruturas, tais como ambulatórios de especialidades e hospitais, e pressupõe as unidades de saúde da rede resolutivas no seu nível de complexidade. Opõe-se ao conceito das ações de saúde centradas na figura do médico e em tese valorizam as equipes de saúde multidisciplinares em todos os níveis do atendimento. Importante passo no fortalecimento desses pressupostos foi a criação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)¹⁰, constituída por centros de referência, de composição multidisciplinar, que, na condição de equipamentos de suporte técnico, têm como objetivos atuar na disseminação das ações de saúde do trabalhador pela rede assistencial e de vigilância, com desenvolvimento de planos locais e regionais, normas e procedimentos, indicadores, programas de capacitação e articulação intersetorial (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2006c).

No entanto, se a universalidade é uma questão resolvida, a atenção no âmbito do SUS não oferece ainda a integralidade. A precariedade da rede assistencial no acolhimento dos pacientes com transtornos de tecidos moles e dor crônica de origem musculoesquelética levou diversos desses centros de referência a desenvolverem experiências assistenciais e de reabilitação de pacientes com LER/DORT. Foram desenvolvidos modelos de programas de tratamento e reabilitação física e psicossocial, de dinâmica interdisciplinar, que, apesar de

¹⁰ Segundo informações do Ministério da Saúde, em março de 2009, havia 178 centros de referências em saúde do trabalhador no país, sendo 26 estaduais e 152 regionais. Informação disponível em: < http://www.renastonline.org/renastonline/attachments/159_portaria_renast_2728.pdf > Acesso em: 13 de janeiro de 2010.

evidenciarem resultados positivos, sobretudo auxiliando os pacientes no controle da dor, na recuperação da funcionalidade, na compreensão do processo de adoecimento, na recuperação da autoestima, não conseguiram efetivamente copromover, junto com o INSS, a reinserção de trabalhadores na atividade laboral pela crônica dificuldade de articulação interinstitucional e também pelo desmonte da reabilitação profissional do órgão segurador (SATO et al., 1993; SETTIMI; SILVESTRE, 1995; GARBIN; NEVES; BATISTA, 1998; SETTIMI et al., 1998; YENG et al., 2001; BRASIL, 2001e; YENG; TEIXEIRA, 2004; GUTERRES; BARFKNECHT, 2005; JACQUES, 2005; BRASIL, 2006d).

Apesar de avanços, vários são os problemas na consolidação da área de Saúde do Trabalhador no SUS, muitos deles relacionados às próprias dificuldades gerais do sistema. Pode-se citar como principais: o financiamento insuficiente, as barreiras na articulação da ação assistencial de referência e contra referência no conjunto da rede, a pouca experiência e a dificuldade de consolidar as ações de vigilância dos processos de trabalho orientadas por prioridades, a incipiente organização de rede de sistema de informação e a notificação dos eventos de saúde do trabalhador. No tocante aos recursos humanos, é crucial a falta de uma estrutura adequada de salários e de carreira que consiga fixar os profissionais em tempo integral, levando a uma elevada rotatividade no pessoal técnico, o que compromete em parte os esforços de capacitação. Embora as soluções não sejam simples, caminhos vêm sendo construídos nos âmbitos cultural, organizacional e legal (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2006e).

No campo das ações de vigilância e da prevenção há dificuldades adicionais decorrentes do desinteresse e da obstaculização por parte dos gestores e de alguns auditores do Ministério do Trabalho e Emprego, o que contraria as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005), que indica a necessidade de ações intersetoriais entre trabalho, saúde e previdência.

Assim, essas diretrizes promissoras continuam no nível dos discursos e das intenções, visto que as iniciativas integradoras são raras e isoladas, surgindo como iniciativas pontuais nos níveis locais. Prevalecem ainda interesses corporativos, de disputa de poder, acima de uma política maior de interesse público.

Se o entendimento e a integração entre as três áreas afins (trabalho, saúde, previdência) encontram dificuldades para se consolidarem, a desejada ação intersetorial mais ampla, envolvendo setores como a economia, as políticas industriais, o meio ambiente e a educação permanece muito distante da realidade.

Na ausência desta ação transversal do Estado Brasileiro, as pastas responsáveis pelo atendimento dos pacientes com agravos gerados pelas decisões da política econômica e industrial “enxugam gelo”, pois é impossível estancar a geração de acidentados e doentes do trabalho sem modificar os processos decisórios dos quais decorre a produção dos riscos.

Considerações finais

Se, no campo da Saúde, os defensores do SUS buscam o aprimoramento dos serviços oferecidos, a consolidação da universalidade, a real integralidade, o financiamento adequado do sistema e a ampliação da participação da comunidade nas decisões sobre suas políticas e ações, na Previdência Social, predomina ainda a orientação da lógica contábil e da redução de despesas com benefícios, na qual a busca da excelência tem passado pela chamada modernização da gestão, com sistema informatizado avançado, e pela diminuição das filas dos segurados em busca de benefícios, sem que, no entanto, prevaleça a garantia dos direitos sociais constitucionais. Trabalhadores com longo tempo de afastamento do trabalho têm tido cessações de benefícios, mesmo na vigência de incapacidade parcial, sem que seja promovido um processo de reabilitação profissional adequado. Inúmeras são as situações nas quais os trabalhadores com incapacidade parcial têm seus benefícios cessados, sem ter tido acesso ao processo de reabilitação profissional, e, ao mesmo tempo, não são aprovados nos exames de retorno ao trabalho, promovidos pela empresa.

Trata-se da expressão da “letra da lei”, no caso, do decreto regulamentador da Lei Previdenciária (BRASIL, 1999), que no parágrafo 1º do Artigo 140, estabelece que:

Não constitui obrigação da previdência social a manutenção do segurado no mesmo emprego ou a sua colocação em outro para o qual foi reabilitado, cessando o processo de reabilitação profissional com a emissão do certificado a que se refere o *caput*.

A superação da situação de exclusão de trabalhadores com restrições físicas e psíquicas, decorrentes de agravos ocupacionais do mercado de trabalho, só terá possibilidade de ocorrer com a construção de uma política pública de reabilitação profissional, que deverá ter à frente o Estado, promovendo o diálogo entre as áreas de desenvolvimento econômico e as áreas sociais, concomitantemente ao desenvolvimento de uma integração de fato entre assistência, fiscalização e vigilância das condições de trabalho e previdência social. Essa integração requer o compartilhamento e a análise das bases de dados de cada área, a definição de prioridades, com programas e procedimentos articulados.

A reabilitação profissional, como meio de reinclusão social de trabalhadores com restrições, faz parte das conquistas futuras na trajetória da construção de um estado de bem-estar social, o que exige diretrizes claras por parte do Estado, como condutor deste processo, com definições conceituais, legais e intersetoriais, e com o desenvolvimento de projetos locais e regionais. Sobretudo, é preciso que a Previdência Social incorpore no seu conceito de excelência o seu caráter, de fato, público e o seu importante papel na implementação da seguridade social, com transparência institucional, que permita a ampla participação da sociedade nas decisões referentes aos seus rumos.

Referências

- BARTILOTTI, C. B. et al. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 66-75; jun. 2009.
- BASILE, J. Fusão de Sadia e Perdigão desafia o Cade. *Valor Online*, São Paulo, 15 maio 2009. Disponível em: <<http://www.valoronline.com.br/ValorOnline/MateriaCompleta.aspx?codmateria=5568792&dtmateria=2009-5-15&codcategoria=11&tp=3&scrollX=0&scrollY=0&tamFonte=>>>. Acesso em: 18 maio 2009.
- BERNARDO, L. D. *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual*. 2006. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1666/2003. Dispõe sobre a nova redação do anexo II da resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3125>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 maio 2009.
- _____. Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976b. Aprova o regulamento do seguro de acidentes do trabalho. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 dez. 1976. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1976/79037.htm>>. Acesso em: 04 março 2010.
- _____. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 de maio de 1999. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 12 de abril de 2010.
- _____. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007c. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6523.htm>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. Decreto nº 5.844, de 13 de julho de 2006b. Acresce parágrafos ao art. 78 do regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 14 jul. 2006. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/2006/5844.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2010.
- _____. Decreto-Lei nº 7.036, de 10 de novembro de 1944. Reforma a lei de acidentes do trabalho. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2009.
- _____. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009b. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 set. 2009. Disponível em: <<http://www.ntu.org.br/novosite/arquivos/Decreto6957.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2009.
- _____. Justiça Federal. Turma Recursal. Recurso contra decisão nº 2008.33.00.711444-1. Recorrente: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Recorrido: Edna Maria de Jesus. Salvador, 22 jul. 2009a. Disponível em: <http://www.ba.trf1.gov.br/TurmaRecursal/Sessoes/Sessao_109/Ss109PS/2008.33.00.711444-1.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2009.
- _____. Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 18 set. 1967. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1967/5316.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2009.
- _____. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976a. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 out. 1976. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6367.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2010.
- _____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção ao consumidor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8078.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2009.
- _____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. MPS. Portaria MPS nº 359, de 31 de agosto de 2006a. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 01

set. 2006. <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPS/2006/359.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

_____. MPS; INSS. Instrução normativa INSS/PRES nº 20, de 11 de outubro de 2007a. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/38/INSS-PRES/2007/20/CAP5.htm>>. Acesso em: 10 out. 2009.

_____. MPS; INSS; DATAPREV. *Anuário estatístico da Previdência Social: suplemento histórico (1980 a 1996)*. Brasília: MPS; DATAPREV, 1997. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-111322-827.pdf>. Acesso em: 15 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006c. Divulga o pacto pela saúde, 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 28 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998. Instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_3120_de_01_07_1998.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde do Trabalhador. Divisão de Saúde do Trabalhador. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: SAS; SNVS; MS, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast. *Manual de gestão e gerenciamento*. São Paulo: Renast, 2006e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT*. Brasília: Ministério de Saúde, 2001e. Série A. Normas e Manuais Técnicos nº 105.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009c. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <[\[www.renastonline.org/renastonline/attachments/159_portaria_renast_2728.pdf\]\(http://www.renastonline.org/renastonline/attachments/159_portaria_renast_2728.pdf\)>. Acesso em: 15 dez. 2009.](http://</p></div><div data-bbox=)

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretária de Inspeção do Trabalho. Portaria SIT nº 9, de 30 de março de 2007b. Aprova o Anexo II da NR-17. Trabalho em teleatendimento/telemarketing. *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 abr. 2007. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2007/p_20070330_09.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2009.

_____. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mte-ms/2005/800.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

CAETANO M. A. R. Reformas administrativas para minorar o peso fiscal da Previdência Social. Texto para discussão nº 1219. Brasília: IPEA, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1219.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.

CANALONGA, L. S. Projeto de revitalização da reabilitação profissional. Pró-reabilitação, 2009a. Disponível em: <http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_leila_art02>. Acesso em: 09 nov. 2009.

_____. Reabilitação profissional. Pró-reabilitação, 2009b. Disponível em: <http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_leila_art01>. Acesso em: 22 dez. 2009.

COELHO, V. S. P. (Org.). *A reforma da previdência social na América Latina*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005.

GARBIN, A. C.; NEVES, I. R.; BATISTA, R. M. Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 1, p. 43-55, dez. 1998.

GUTTERRES, C. M. F.; BARFKNECHT, K. S. Terapia ocupacional nas LER/DORT. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 85-90, jan./jun. 2005.

JACQUES, M. G. Tratamentos em LER/DORT: uma abordagem interdisciplinar II: abordagem psicoterápica grupal. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 81-84, jan./jun. 2005.

JINKINGS, N. A reestruturação do trabalho nos bancos. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 189-205.

LOISEL, P. et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational*

- Rehabilitation*, Netherlands, v. 15, n. 4, p. 507-524, Dec. 2005.
- MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.
- _____. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, out./dez. 2005.
- MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no mercado de trabalho*. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MATSUO, M. *Acidentado do trabalho. Reabilitação ou exclusão?* 1997. 238 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)–Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- MENDES, D. P. *Donos do poder? Os limites e conflitos da atividade pericial frente ao estabelecimento de nexos no atual contexto da Previdência Social Brasileira*. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Faculdade de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- MORAIS, G. V. M. G. Impacto da assistência técnica do INSS nas perícias judiciais. *Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social*, Brasília, n. 10, p. 32, abr./maio 2009.
- OLIVEIRA, S. M. Os trabalhadores das centrais de teleatividade no Brasil: da ilusão à exploração. In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (Org.). *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 113-135.
- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): a vigilância do conflito ou o conflito da vigilância*. 1996. 147 f. Tese (Doutorado)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- POCHMANN, M. As perspectivas do trabalho na economia moderna. In: DOWBOR, L. et al. (Org.). *Desafios do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 17-24.
- SATO, L. et al. Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 21, n. 79, p. 42-62, jul./set. 1993.
- SCHUBERT, B. Reabilitação profissional no mundo. *Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social*, Brasília, p. 29-31, fev./mar. 2009. Edição especial.
- SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Org.). *Lesões por esforços repetitivos: diagnóstico, tratamento e prevenção – uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 321-355.
- SETTIMI, M. M. et al. Lesões por esforços repetitivos. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: abordagem interdisciplinar. *Rede*, São Paulo, p. 149-153, 1998. Edição especial.
- SIANO, A. K. Mudanças no perfil de concessão para transtornos mentais. *Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social*, Brasília, n. 10, p. 20, abr./maio 2009.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. *Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. 2006. 255 f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina, Unicamp, Campinas. 2006.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.
- TEIXEIRA JUNIOR, G. J. A. Análise de encaminhamentos à unidade técnica de reabilitação. *Revista da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social*, Brasília, n. 10, p. 33, abr./Maio 2009.
- VENCO, S. Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 7-18, 2006.
- _____. Centrais de teleatividades: o surgimento dos colarinhos furta-cores? In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. *Info proletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 153-171.
- WISNER, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Unesp, 1994.
- YENG, L. T.; TEIXEIRA, M. J. Tratamento multidisciplinar dos doentes com dor crônica. *Prática Hospitalar*, São Paulo, n. 35, set./out. 2004.
- YENG, L. T. et al. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 80, p. 422-442, 2001. Edição especial. Parte 2.

Mara Alice Batista Conti Takahashi¹
Angela Paula Simonelli¹
Helder do Prado Sousa¹
Renata Wey Berti Mendes¹
Maria Valéria de Andrade Alvarenga¹

Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP

Rehabilitation program for of workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (Cerest-Piracicaba), SP

Contato:

Mara Alice Batista Conti Takahashi
Rua São Francisco de Assis, 938
Centro – Piracicaba-SP
CEP: 13.400-590

Email:

maraconti_tak@yahoo.com.br

Agência financiadora:
Ministério da Saúde

Convênio: 4258/2005 - “Protocolo de Atenção em Reabilitação Profissional para adoecidos por LER/DORT integrado às ações de descentralização assistencial e de vigilância em Saúde do Trabalhador do CRST-Piracicaba”.

Resumo

Este artigo relata a experiência do projeto-piloto em reabilitação profissional para adoecidos de LER/DORT em andamento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (Cerest-Piracicaba) desde 2007, a partir da reconstituição do seu modelo assistencial e de vigilância em Saúde do Trabalhador, por meio da caracterização de seus aspectos constitutivos fundamentais e da lógica da intervenção. As várias fases da programação desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, os métodos empregados e os fundamentos teóricos que norteiam o equacionamento entre a situação-problema e a consecução dos objetivos pretendidos são descritos. Os resultados quantitativos e qualitativos obtidos até o momento são analisados à luz dos elementos estratégicos facilitadores, bem como das relações de interesse que atuam como impedimentos para a participação no programa e para o retorno ao trabalho dos trabalhadores reabilitados. As lições aprendidas e algumas propostas que poderiam contribuir para a eficiência de uma política pública de reabilitação profissional concluem o presente estudo.

Palavras-chave: reabilitação profissional; LER/DORT; vigilância.

Abstract

This article reports on a pilot project for the rehabilitation of workers with RSI/WRMD which has been carried out at the Reference Center for Workers Health in Piracicaba, state of São Paulo, Brazil (Cerest-Piracicaba), since 2007, by remodeling of the framework for workers' healthcare and surveillance, the characterization of its most fundamental aspects, and the intervention rationale. It describes the different phases of the program developed by an interdisciplinary team, the methodology employed, the theoretical principles that supported the assessment of the problem-situation and the achievement of desired aims. The qualitative and quantitative results obtained so far were analyzed in the light of facilitating strategic elements as well as of interest articulations that prevented workers to participate in the program and to return to work after being rehabilitated. The article ends by showing the learned lessons and presenting some proposals that may contribute to a more efficient public policy on professional rehabilitation.

Keywords: occupational rehabilitation; RSI/WRMD; surveillance.

Recebido: 04/06/2009
Revisado: 15/02/2010
Aprovado: 18/02/2010

Introdução

A prática da reabilitação profissional é historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade. Os programas de reabilitação profissional, na perspectiva do então modelo hegemônico denominado “Estado de Bem-estar Social”, possuíam o papel estratégico de regulação econômica no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Por outro lado, produziam também o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, possibilitando o retorno ao trabalho (MOOM; GEICKER, 1998).

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram consolidados no final dos anos de 1960. Três acontecimentos são destacados como marcos desta consolidação: a estatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho), a obrigatoriedade legal da prestação destes serviços e o estabelecimento de uma fonte permanente de custeio (HENNINGTON, 1996).

Os anos de 1970 e 1980 foram de construção e auge do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social, concentrando o maior volume de recursos da instituição: recursos financeiros, relativos a equipamentos e de equipes multiprofissionais, com pessoal técnico com maior faixa salarial (FERREIRA, 1985).

Nos anos de 1990, com a adoção por parte do governo brasileiro das ideias neoliberais, sob a égide de um ideário de ajustes macroeconômicos e de reordenação do papel do Estado, que atingiram principalmente os programas sociais, houve mudanças significativas das práticas de reabilitação profissional da Previdência Social. As principais mudanças foram o desmonte dos CRPs (Centros de Reabilitação Profissional) e dos NRPs (Núcleos de Reabilitação Profissional) do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), a desmobilização das equipes e a supressão das atividades terapêuticas (TAKAHASHI, 2006).

A redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do SUS (Sistema Único de Saúde). A desassistência, no que diz respeito à reabilitação, aos trabalhadores leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando não ocorrem as altas precoces pela Perícia Médica do INSS, que não considera as questões de prevenção. Isso implica no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho.

Neste contexto desfavorável de desmantelamento e de demandas forçosamente migradas da Previdência Social para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), inseriu-se o Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba para adoecidos por

LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho). Ressalte-se que esta patologia é de alta incidência e prevalência no município e, sobretudo, um importante problema nacional de saúde pública – a segunda maior causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2008).

O projeto-piloto, descrito a seguir, tem o financiamento conjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e do Ministério da Saúde.

Teoria e métodos

A reconstituição do modelo assistencial

O objetivo deste artigo é reconstituir o modelo assistencial de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba por meio da caracterização de seus aspectos constitutivos fundamentais e da lógica da intervenção. Segundo Martinic (1997), a lógica da intervenção é o principal componente de um programa social, pois permite apreender as escolhas adotadas pelos atores envolvidos. Destaque-se que estas escolhas são derivadas de concepções e marcos de referência teórica dos profissionais envolvidos e sustentam as relações entre a situação-problema e a consecução dos objetivos pretendidos.

O método adotado tem como pressuposto teórico a reabilitação profissional como um conjunto integrado de ações cuja finalidade é resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde, que resultam na incapacidade para o trabalho.

O Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba está fundamentado na atenção terapêutica multidisciplinar, sendo desenvolvido por equipe técnica composta de médica, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e socióloga. Com a finalidade de superar a reconhecida ineficácia do modelo médico centrado na avaliação e no tratamento da incapacidade, ainda hegemônico nos serviços de reabilitação, afirma sua vinculação aos pressupostos teóricos do modelo social da incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994), envolvendo a abordagem dos aspectos psicológicos e sociais do adoecimento por LER/DORT, e postula a construção de uma prática interdisciplinar no cotidiano do atendimento dos casos.

Através de reuniões semanais, são estabelecidas as conexões recíprocas dos diferentes campos profissionais integrantes da equipe, estrategicamente articuladas para o enfrentamento da complexidade do seu objeto, construindo um saber disciplinar novo, com conteúdos e métodos próprios: a reabilitação profissional de trabalhadores adoecidos por LER/DORT, tendo, entretanto, como campo comum a Saúde do Trabalhador.

Os produtos da prática oriunda deste novo núcleo disciplinar expressam-se em diferentes momentos do processo de reabilitação profissional dos adoecidos: (1)

Na avaliação inicial da incapacidade, de forma compreensiva e integral, bem como na definição da capacidade laborativa residual projetiva a ser trabalhada pela equipe para o retorno ao trabalho. Dois produtos singulares resultam do consenso desta interação: a decisão quanto à elegibilidade para o programa e a elaboração de um plano individual de reabilitação profissional, iniciado após o consentimento livre e esclarecido dos trabalhadores; (2) Na abordagem das características e dificuldades que vão emergindo durante a condução dos programas em grupo e que, ao serem discutidas em equipe, possibilitam o desenvolvimento de formas conjuntas de abordagem voltadas para o resgate da capacidade de trabalho pelo desenvolvimento de caminhos adaptativos e do alcance de novas possibilidades de desempenho e novas habilidades pelos adoecidos; (3) Na avaliação final, após o término do programa, quando a equipe conclui pela aptidão para o retorno ao trabalho ou pela sugestão de aposentadoria, considerando-se as capacidades físicas e psicológicas atuais; (4) No retorno ao trabalho, quando a equipe, em conjunto, realiza a avaliação técnica de compatibilidade da função oferecida pela empresa.

Do mesmo modo, a prática interdisciplinar é também desenvolvida nas reuniões interinstitucionais entre a equipe do Cerest-Piracicaba e a equipe do Programa Reabilita do INSS (médico-perito, assistente social e terapeuta ocupacional), o que vem possibilitando um fluxo facilitador em reabilitação profissional para os casos de interface entre as duas instituições e uma postura única de negociação com as empresas, minimizando, pela integração, as contradições de duas lógicas institucionais de natureza distinta: a lógica da prevenção e do cuidado do SUS e a lógica de reparação da Previdência Social.

As visitas às empresas, com o acompanhamento sindical, para negociação das funções compatíveis de retorno ao trabalho também se constituem em espaços interinstitucionais, ampliados de práticas interdisciplinares, onde são confrontadas as visões da medicina do trabalho e da engenharia de segurança do trabalho empresariais, com os fundamentos da ergonomia de linha francesa, presente na formação acadêmica de todos os integrantes da equipe do Cerest-Piracicaba e influente no desenlace das ações práticas.

Estas ações conjuntas resultam concretamente em uma construção teórico-prática que extrapola os limites disciplinares tradicionais da reabilitação ao romper com o paradigma monodisciplinar hegemônico da medicina ortopédica, centrado na superação da incapacidade física, e ao avançar para o paradigma da interdisciplinaridade de geração de um novo conhecimento disciplinar (LUZ, 2009). Na experiência em relato, um novo núcleo de conhecimentos em reabilitação profissional é formado, resultante da aglutinação de uma determinada concentração de saberes e práticas, sem, contudo, indicar rompimento com a dinâmica específica do campo da Saúde do Trabalhador (CAMPOS, 2000). Trata-se, enfim, de um novo processo de institucionalização do saber, uma vez que não há como escapar da administração organizada das práticas sociais. Porém, quando são organi-

zadas de forma democrática, elas permanecem abertas a distintos campos de influência (ONOKO, 1999).

As LER/DORT são doenças ocupacionais socialmente produzidas pelos determinantes organizacionais do trabalho e da produção, associadas a fatores de riscos biomecânicos (esforço físico, posturas constrangidas e estáticas, gestos acelerados e repetitividade de movimentos) e psicossociais (intensidade do trabalho, pressão por metas de produção e fadiga cognitiva). Desta forma, o retorno ao trabalho é fator de agravamento, se mantidas as mesmas condições que geraram o adoecimento.

O programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba articula-se às ações de fiscalização e vigilância nas empresas, típicas do serviço, para eliminação dos fatores patológicos que estão na gênese dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais e para o reordenamento da organização de trabalho, com vistas a um ambiente seguro e saudável.

O programa de reabilitação profissional

A seguir, são destacados os aspectos estruturados do programa, desenvolvidos na singularidade da intervenção de cada formação profissional, porém, como descrito anteriormente, amalgamados pela interdisciplinaridade, tanto no espaço cotidiano informal e formal das trocas profissionais internas, quanto nas reuniões técnicas da equipe do Cerest com a equipe do INSS, com os representantes sindicais e com os profissionais das empresas de vínculo dos trabalhadores atendidos.

O grupo de apoio

A porta de entrada do programa tem sua ancoragem na abordagem grupal, por entender que esta técnica permite compartilhar as ansiedades e os medos de retorno às atividades laborais que provocaram o adoecimento. Assim, consiste em um espaço de interação dos sujeitos com objetivos e interesses comuns, em que são estabelecidas normas próprias para o seu funcionamento, consentidas pelos participantes.

Trata-se de um espaço interativo, onde estão contidas as angústias e as necessidades emocionais e sociais de seus membros e que, a cada encontro, são ressignificadas. O grupo tem em si a potencialidade de desenvolver ou aperfeiçoar a capacidade de seus integrantes em solicitar ajuda, desenvolvendo sentimentos de solidariedade a partir do reconhecimento do não estar sozinho, revelando a importância do outro (BION, 1970; PICHON-RIVIÈRE, 1988).

A vivência do pertencer ao grupo, apesar das experiências pessoais tão díspares e com todas as questões que possam aproximar ou distanciar, amar ou odiar, tem resultado na consciência de que é necessário ouvir e aceitar o outro e que somente por meio deste processo é possível partir do sujeito e alcançar o coletivo. O alcance do coletivo pode trazer consigo o empoderamento individual e a minimização do sofrimento.

Desenvolvido pela assistente social, consiste em oito encontros semanais com a aplicação de técnicas de dinâmica de grupo sobre as seguintes temáticas: (1) integração do grupo e estabelecimento das regras coletivas de funcionamento; (2) o problema da LER/DORT pela perspectiva de cada adoecido; (3) o problema da LER/DORT pela perspectiva de um especialista convidado; (4) o trabalho e suas representações; (5) os direitos previdenciários; (6) o corpo e a importância do autocuidado; (7) o corpo e a percepção dos limites e das potencialidades; (8) o encerramento com a avaliação final realizada pelo grupo.

Apesar de ser um programa estruturado, os temas são acrescidos de outros conteúdos de acordo com os interesses do grupo, relacionados com o escopo da proposta. Diferentes formas de enfrentamento e soluções foram engendradas pelos grupos realizados até o momento pelo projeto, porém, com um mesmo efeito comum: ao se tornar sujeito de suas questões, o grupo consegue se abrir para as alternativas individuais e coletivas de superação da incapacidade e da desvantagem social.

O grupo de psicoterapia

As atividades de psicoterapia com grupos foram adotadas porque contêm um potencial que vai além das propostas terapêuticas tradicionais, circunscritas à sintomatologia incapacitante decorrente da LER/DORT. Focalizam-se as questões decorrentes do afastamento da atividade laboral, bem como as decorrentes do enfrentamento do retorno ao trabalho (HOEFEL et al., 2004).

O programa tem início com uma avaliação individual pela psicóloga da equipe, em sessões de aproximadamente uma hora, podendo ocorrer mais de um encontro, dependendo da necessidade de cada caso. Consiste em entrevistas abertas, realizadas pelo método da história de vida oral (MINAYO, 1992), em que os entrevistados são estimulados a rever suas histórias de vida, reconhecer-se na identidade familiar e revisitar a trajetória de trabalho. Nestes encontros, avalia-se também o estado emocional dos pacientes, verificando se apresentam sintomas de transtornos psíquicos ou sofrimento mental, levantam-se hipóteses diagnósticas e, se necessário, encaminha-se para o acompanhamento de outros profissionais.

Os encontros em grupo são semanais, com uma hora e meia de duração, num total aproximado de vinte sessões, cujo objetivo é a produção dos sentidos expressos de modo singular pelos pacientes e dos complexos processos da realidade social em que estes pacientes estão inseridos (REY, 2003).

O método utilizado é o psicodrama, por meio de jogos dramáticos, de acordo com as fases da Matriz de Identidade, elaborada por Moreno (1975) e modificada neste estudo:

- 1ª fase: Identidade do EU – o momento do pensar em “quem sou eu?”. São utilizados jogos que estimulam os pacientes a olharem para si mesmos

de modo a identificar aspectos de suas histórias de vida relacionados às suas características de personalidade e de identidade;

- 2ª fase: Reconhecimento do EU – a fase de diferenciação entre o “eu e o outro”. Os jogos buscam favorecer o reconhecimento da contribuição dos outros na formação das identidades. Os pacientes passam a olhar para os “outros” que conviveram na infância e para os outros com quem convivem atualmente, seja na família, seja no trabalho.
- 3ª fase: Reconhecimento do TU – a fase conhecida como da “inversão de papéis”. Os jogos dramáticos possibilitam aos pacientes perceberem, por meio de suas relações pessoais em família e no trabalho, como e quanto eles afetam os outros e são por eles afetados.
- 4ª fase: Trabalho – Diferentemente das anteriores, esta fase não está colocada na matriz de identidade de Moreno, mas foi inserida no programa enquanto um espaço de expressão para a projeção do futuro, resgatando as identidades dos trabalhadores. Os jogos são voltados para as prováveis situações de enfrentamento no retorno ao trabalho, tais como conflitos com chefias ou os desafios profissionais com os limites impostos pela LER/DORT. Nesta fase, os traumas vivenciados durante o processo de adoecimento na empresa podem ser elaborados.

Durante os encontros da última fase, os pacientes são novamente avaliados, agora em atividade grupal, por critérios como: permanência ou não dos sintomas manifestados nas avaliações iniciais antes do programa; superação ou não dos conflitos vivenciados no trabalho; se conseguem ou não lidar com as limitações impostas pela doença; e, finalmente, se os pacientes se encontram emocionalmente fortalecidos ao ponto de conseguirem expor seus limites ao empregador quando, no retorno ao trabalho, depararem-se com tarefas cujas exigências ultrapassem suas limitações. São avaliados, ainda, quanto aos planos elaborados para o futuro e aos tipos de trabalho almejados.

Os resultados empíricos da experiência de grupoterapia no programa têm mostrado ser esta uma estratégia eficaz no fortalecimento individual e coletivo dos participantes, portanto, uma possibilidade a mais no processo de reabilitação, antes não vivenciada e que permite “transitar no limiar entre aquilo que se é e o que pode se tornar” (MOEHLECKE; FONSECA, 2008).

O grupo de cinesioterapia

Concomitantemente ao grupo de psicoterapia, desenvolve-se o programa de cinesioterapia para trabalhadores acometidos por LER/DORT. Estes apresentam um quadro clínico crônico com dores intermitentes, sentindo-se incapazes de realizar qualquer atividade de trabalho.

Oriundos de vários serviços de fisioterapia, a maioria dos trabalhadores já experimentou tratamentos terapêuticos diversos, principalmente os procedimentos clássicos

cos, baseados no modelo biomédico. Entretanto, como as LER/DORT apresentam uma etiologia complexa – que envolve elementos biológicos, psíquicos e sociais – e como a dor crônica não se mostra mensurável por instrumentos quantitativos, há uma ampliação da distância entre o conhecimento objetivo do fisioterapeuta e a experiência subjetiva de incapacidade do paciente, o que tem levado à ineficácia dos tratamentos comumente propostos (AUGUSTO, 2006).

Na avaliação de fisioterapia, a técnica utilizada é a triangulação das dimensões: história de vida e trabalho, causalidade do adoecimento e avaliação física individual. Por meio desses procedimentos iniciais, elabora-se um traçado para a atenção em cinesioterapia: (1) auxiliar o paciente a compreender as características estruturais e dinâmicas do próprio corpo, entendendo as sensações, as limitações e as causas da convivência com a dor; (2) diminuir a tensão muscular pelo treinamento de técnicas de relaxamento, alongamento e consciência corporal (KISNER; COLBY, 1998); (3) propiciar o controle da dor e de outros sintomas; e (4) desenvolver práticas educativas voltadas para a construção de outro modelo de capacidade para o trabalho que incorpore valores de qualidade de vida e respeito às diferenças físicas individuais.

Os recursos da cinesioterapia ativa (SHESTACK, 1987) oferecem ao grupo a possibilidade de experimentar o poder de fazer sozinho a vivência do “eu sou capaz”, anteriormente comprometida pela LER/DORT. Isto ocorre, num primeiro momento, pela realização de movimentos ativos que exigem pequenos esforços, movimentos habituais que agora são executados com atenção e concentração. Os pacientes são estimulados a expressar verbalmente as sensações que os movimentos lhes trazem, levando-os à maior consciência corporal e à percepção de que suas sensações se igualam às dos demais. Com liberdade e autonomia para realizar movimentos, repetições e posturas, formas adaptativas emanam espontaneamente do grupo, concretizando novos modos de fazer, com minimização da dor e do sofrimento.

Ao longo dos vinte encontros, com cerca de uma hora cada, os pacientes experimentam suas capacidades de realizar movimentos de maneira gradual e controlada, estimulados a realizar em casa os exercícios que praticam no grupo, vivenciando suas capacidades em outros contextos.

Os resultados empíricos mostram a redução da queixa dolorosa em grande parte dos pacientes, pois, ao readquirir a motricidade (que os pacientes acreditavam ter perdido), readquirem também sua autoestima e, por consequência, a dor é minimizada.

A intervenção da terapia ocupacional

No desenho deste projeto, a terapia ocupacional atua em três níveis do modelo de atenção:

1. Nas avaliações individuais iniciais em que são identificadas as limitações e as potencialidades

dos pacientes de LER/DORT para a realização das atividades de vida diária (AVD) e das atividades de vida prática (AVP), tais como as atividades de autocuidado, lazer e trabalho (OMS, 2003). Procura-se perceber quais as barreiras à realização do perfil pessoal e ocupacional das pessoas acometidas e orientá-las em adaptações (físicas, comportamentais e organizacionais), com vistas à reeducação do uso do corpo e da reorganização de suas tarefas diárias, de modo a ajustar suas capacidades pessoais à demanda das tarefas.

2. Nas avaliações finais, após a participação nos grupos terapêuticos, para compreender o progresso obtido no alinhamento entre a capacidade pessoal e as exigências das atividades cotidianas. O foco das avaliações é o retorno ao trabalho, ou seja, verificar a capacidade laborativa que o trabalhador apresenta para desempenhar suas habilidades, relacionando-a aos conhecimentos técnicos, às exigências de qualificação, aos movimentos e às posturas de trabalho que são exigidos pelas tarefas e identificados por meio das análises das atividades de trabalho nas empresas de vínculo dos adoecidos (SIMONELLI; CAMAROTTO, 2005).
3. Na coordenação das avaliações ergonômicas dos postos de trabalho nas empresas priorizadas que já passaram por um processo de intervenção dos órgãos fiscalizadores – Cerest-Piracicaba e Delegacia Regional do Trabalho –, o que desencadeou, na prática, melhorias dos postos de trabalho, atendendo às inspeções e às autuações destas instituições. No entanto, estas ações são voltadas tradicionalmente para a análise dos fatores de risco, definidas legalmente pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e pelo Código Sanitário, o que torna tais mudanças insuficientes quando se trata de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Nas palavras de Lima (1997):

Enquanto as dimensões organizacionais, estruturantes essenciais da situação de trabalho, forem consideradas apenas como mais um “fator” dentre outros, como acontece com as abordagens tradicionais, as LER permanecerão um problema incompreensível e as tentativas de sua prevenção, inefetivas. (p. 249)

Afinadas à perspectiva do autor, buscando um olhar mais integrativo das dimensões organizacionais nas condições de trabalho e com o objetivo focalizado no retorno ao trabalho dos trabalhadores reabilitados, foram realizadas, pela equipe, novas vistoriais e análises ergonômicas nas empresas de retorno, considerando-se os princípios e as técnicas da Análise Ergonômica do Trabalho – AET (GUÉRIN, 2001). A capacitação da equipe na metodologia da AET foi feita em curso de especialização de dezoito meses na Universidade

Metodista de Piracicaba (Unimep) em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e a colaboração do Laboratório de Ergonomia do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O método da AET consiste na análise da atividade do trabalhador na situação real do trabalho, em suas dimensões física e mental, confrontando a tarefa (trabalho determinado pela organização) com a atividade (o que realmente o trabalhador faz para dar conta da tarefa). São tratados os conceitos de variabilidade (diversidade e variações das situações), carga de trabalho (exigências físicas da tarefa e a capacidade do trabalhador), regulação (quando e como o trabalhador realiza a tarefa) e modo operatório (saber-fazer do trabalhador).

Na descrição, o mais detalhada possível da atividade real de trabalho, consideram-se as posturas, os gestos, os movimentos, os constrangimentos das tarefas, as comunicações, as verbalizações, as estratégias, a resolução de problemas e os modos operativos, em outras palavras: o que o trabalhador, efetivamente, realiza para executar a tarefa em condições reais de execução (no contexto singular de uma dada empresa ou instituição) e de acordo com condutas do homem no trabalho (definidas pelas características biológicas e culturais). Todas as informações obtidas são posteriormente validadas com o trabalhador.

Para viabilizar mais rapidamente as análises, utilizou-se como método auxiliar o *Ergonomics Workplace Analysis* (EWA), desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (HELSINKI, 1997) voltado para a análise biomecânica tradicional dos fatores de risco, mas que, na adaptação feita pelo Laboratório de Ergonomia da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos), foi ampliado pela triangulação de duas outras metodologias: grupos focais com trabalhadores e profissionais das empresas e análise sociotécnica da organização do trabalho, a AET.

A supervisão da equipe

Desde o pré-projeto, aprovado pelo Ministério da Saúde, os trabalhos interdisciplinar e interinstitucional, desenvolvidos em reuniões técnicas sistemáticas, internas e externas, de discussão de casos, foram considerados estratégicos para o desenvolvimento de um programa de reabilitação.

O papel da supervisão, neste projeto, coube a uma socióloga com experiência no trabalho em equipes de reabilitação profissional e orientou-se pela articulação de uma relação profissional que não nega as especialidades e respeita o território de cada campo do conhecimento, mas que enfrenta a complexidade do objeto de trabalho por meio de conexões recíprocas (MORIN, 2005). Almeja-se uma complementaridade entre as diferentes categorias profissionais, em que os

especialistas, conscientes de seus limites, acolhem as contribuições de outras disciplinas (GUSDORF et al., 2006), resultando na construção de um novo conhecimento (LUZ, 2009, p. 308).

O mesmo princípio de pensamento foi norteador da construção do trabalho entre as instituições articuladas para a parceria neste projeto, a saber: Gerência Regional do Ministério do Trabalho e Emprego de Piracicaba, Perícia Médica e Programa Reabilita do INSS de Piracicaba, sindicatos e empresas de vínculo dos trabalhadores assistidos.

Como todo projeto social, o programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba, ao longo de seus três anos de funcionamento, despertou as relações de interesse de diferentes grupos sociais, com diferentes projetos em disputa.

Para Martinic (1996, p. 37), um projeto de intervenção de natureza social afeta tanto as pessoas beneficiárias, como outros “interessados” que podem dificultar ou facilitar a realização das ações, um verdadeiro “jogo de forças” que pode anular os seus resultados ou legitimar os seus objetivos.

A legitimação, desde o início, apresentou-se como uma necessidade estratégica a ser construída pela equipe. O propósito da legitimação está sempre presente em todas as propostas formuladas para os projetos de intervenção em saúde, tanto no sentido de legitimar o conteúdo, quanto no grupo institucional que os formula. Nas palavras de Testa (1995):

A legitimação se faz pelo convencimento de que a proposta traz benefícios ao grupo da população para qual ela se destina e também pela aceitação de que o grupo social que a formula tem o direito de fazê-lo. (p. 208)

Para o autor argentino, importante teórico da área de Planejamento em Saúde:

não politizar estas questões significa desconsiderar uma extensa rede de micropoderes que são expressos nos níveis dos serviços e dos movimentos sociais que pode interromper o fluído de uma proposta organizacional quando não há consenso e a contradição se estabelece entre eles e a equipe da intervenção. (TESTA, 1995, p. 208)

Diferentes formas de articulação e comunicação com a sociedade foram utilizadas: apresentação do projeto e busca de apoio de entidades de controle social, tais como o Conselho Municipal de Saúde de Piracicaba, a Comsepre (Comissão Municipal de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais de Piracicaba) e os sindicatos de trabalhadores; apresentação em fóruns externos, como Congresso Paulista de Saúde Pública de 2007 e Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) de 2009; e seminários organizados pela Fundacentro-SP, pelo(s) Cerest(s) e serviços de saúde de outras localidades.

Universo e critérios de seleção para o projeto-piloto

Para a definição dos beneficiários deste projeto, foram levantados os dados de 244 prontuários de trabalhadores vinculados a 20 empresas com maior incidência de LER/DORT no município de Piracicaba. O levantamento considerou idade, função, empresa, tempo de empresa, quantidade de afastamentos anteriores ao afastamento solicitado pelo Cerest, abertura da CAT (pela empresa, pela notificação do Cerest ou do Sindicato), reconhecimento da doença ocupacional pela Previdência Social, diagnóstico médico e situação previdenciária atual. Na sequência, os dados foram cruzados com os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos: (1) ter vínculo empregatício ou ter tido (último emprego) com as empresas priorizadas por critério epidemiológico; (2) ter diagnóstico e nexos causal de LER/DORT, independentemente do reconhecimento pelo INSS (3); ter um quadro crônico estabilizado de incapacidade para o trabalho; (4) estar afastado do trabalho há pelo menos três meses; e (5) ter passado por tratamento médico, fisioterápico, psicológico ou de acupuntura durante o período de afastamento do trabalho.

Aos trabalhadores selecionados ($n = 227$) foram enviadas, via correio, cartas de apresentação do projeto e convite para um comparecimento agendado no serviço com um dos profissionais da equipe. Nesta primeira chamada, de dezembro de 2006 a janeiro de 2007, 105

trabalhadores (66%) atenderam ao chamado e passaram pelo processo de sondagem inicial. No decorrer do programa, iniciado em março de 2007, outros trabalhadores, em atendimento no Cerest-Piracicaba, foram acolhidos pelo projeto, mantendo-se os critérios de seleção anteriormente descritos.

Resultados parciais e discussão

Do universo selecionado, 41 trabalhadores foram considerados inelegíveis e 176 passaram efetivamente pelo programa, todos vinculados a quatorze empresas com alta incidência e prevalência de LER/DORT no município de Piracicaba-SP. Destes, 84 se recusaram a participar do programa ou o abandonaram no decorrer, 1 caso houve a impossibilidade técnica da equipe para o atendimento², 70 concluíram a programação e 21 estão no programa em andamento (**Gráfico 1**).

Dos trabalhadores que concluíram o programa, 22 retornaram ao trabalho na empresa de vínculo, 5 retornaram ao trabalho em outras empresas, 23 foram avaliados para a aposentadoria e 20 permanecem com auxílio-doença pelo INSS (**Gráfico 2**).

No **Quadro 1**, apresentam-se o panorama de intervenção nas 14 empresas de vínculo dos trabalhadores atendidos pelo programa, as avaliações ergonômicas realizadas e os impeditivos enfrentados.

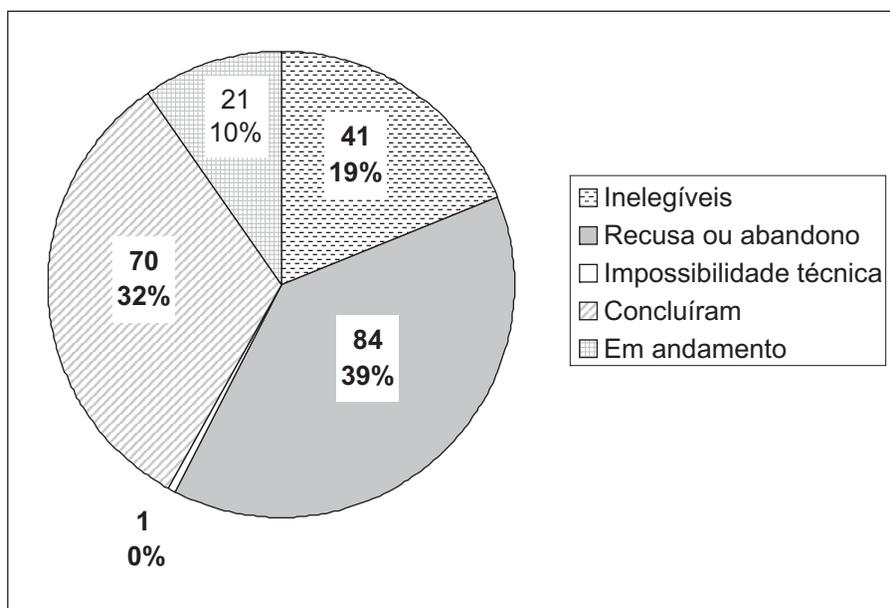


Gráfico 1 Distribuição do universo selecionado das empresas priorizadas em relação ao Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba, de 2007 a 2009

² Tratava-se de um paciente com problemas auditivos e de fala, cujo atendimento foi inviabilizado pelo desconhecimento por parte dos membros da equipe da linguagem universal de sinais (Libras).

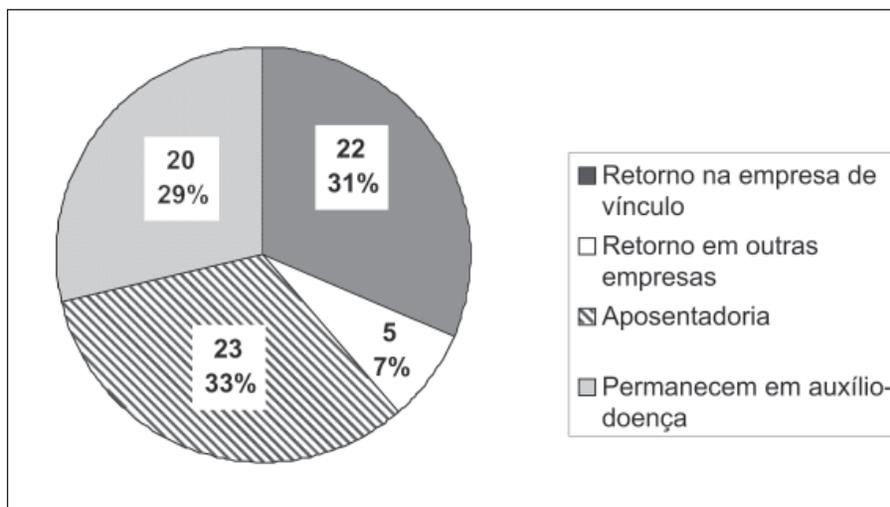


Gráfico 2 Distribuição dos resultados parciais do programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba, de 2007 a 2009

Para um aprofundamento da avaliação e aceitando como pressuposto que os usuários/beneficiários de um projeto são os atores sociais mais importantes de um processo de avaliação (MARTINIC, 1996, p. 41), os trabalhadores foram ouvidos em dois grupos focais: o primeiro com os pacientes que participaram no primeiro ano da programação e o segundo com os participantes do segundo ano. Em ambos os grupos, o objetivo foi identificar a percepção acerca dos benefícios da intervenção, bem como das dificuldades e dos problemas vivenciados. Ao todo, 27 trabalhadores atenderam ao chamado para a avaliação realizada pela equipe de capacitação do Cerest-Piracicaba. Foi excluída a participação dos integrantes da equipe envolvidos diretamente com o projeto, o que poderia inibir a livre expressão dos trabalhadores.

De modo geral, as verbalizações dos pacientes atendidos mostraram que os adoecidos por LER/DORT chegam desorientados no serviço, sem a devida compreensão do seu adoecimento multifacetário, desanimados quanto ao equacionamento social da problemática, o que lhes intensifica a condição de incapacidade:

Eu estava perdida, sem saída, no Cerest encontrei a luz no túnel que estava procurando. Aqui encontrei portas abertas, explicações, bom atendimento [...] nasci de novo. As dores melhoraram, não sumiram, mas melhoraram. (Néia, ajudante de produção)³

O Cerest sempre ajudou muito, abriu CAT, [...] eu estava desorientada, quando passava por perícia e era humilhada, o programa de reabilitação ajudou. As pessoas aqui veem o lado humano e principalmente elas acreditam na nossa doença e na nossa dor. (Eunice, ajudante de produção)

Alguns depoimentos sobre diferentes fases da programação mostram empiricamente os efeitos das intervenções terapêuticas sobre a dor e a incapacidade:

No grupo de apoio eu descobri sobre LER/DORT, eu vi que outras pessoas tinham o mesmo problema, vi que não estava sozinha neste sofrimento, o que facilitava para falar de mim. Aprendi a me conhecer melhor, pôr para fora o que estava sentindo. A gente fica muito à vontade, a V. acolhe muito bem. Com ela, encontrei novos caminhos, abertura para trilhar a vida, aprendi a conviver com a dor. Ela consegue unir o grupo e tornar o encontro muito bom. (Laura, merendeira)

Com a R. eu descobri muita coisa nova, coisas diferentes, que eu não conhecia, eu tirei o tabu que eu tinha com a psicologia. A R. é firme, ela puxa muito. Nunca imaginei na minha vida que teria atendimento de todos estes profissionais. Com a psicologia melhorei da depressão, me livrei dos medicamentos pesados. Eu fugia, queria me isolar, o grupo me trouxe de volta, fiquei mais forte, aprendi a dizer não, respeitar meus limites. (Ana, ajudante de produção)

No grupo de fisioterapia, aprendi com o H. exercícios que me aliviavam e que eu continuo fazendo na minha casa. Olha, ele conheceu a gente a fundo, ele tem sempre bom humor, a gente se sentia bem, não via a hora que chegasse a 4ª feira para ir ao grupo. (Inês, merendeira)

Participar do grupo do Cerest foi uma experiência maravilhosa porque me ensinou a achar meios de me expressar, de ter limites. Hoje, mesmo em casa, sei o que posso fazer e como fazer. A M. (TO) foi ótima, me ensinou como dormir, antes eu não conseguia, como varrer a casa, como trabalhar com meu corpo e não me desgastar. (Néia, ajudante de produção)

³ Os nomes são fictícios para preservar o anonimato dos trabalhadores.

Quadro 1 Situação geral de intervenção nas empresas segundo histórico, número de trabalhadores que concluíram o programa, com programa em andamento e que retornaram ao trabalho na empresa de vínculo. Programa piloto, 2009, Piracicaba, SP

<i>Empresa/ Histórico de intervenção</i>	<i>Trabalhadores que concluíram o programa</i>	<i>Trabalhadores com programa em andamento</i>	<i>Trabalhadores que retornaram ao trabalho na empresa de vínculo</i>
Empresa 1	41	14	11
<p>Empresa multinacional de grande porte do ramo alimentício</p> <p>Melhorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação de esteira mecânica com eliminação de carga manual; - Contratação de efetivo para implantação de sistema de pausas e rodízios; - Criação de comitê de ergonomia: melhoria de postos de trabalho referentes à carga estática e dinâmica; - Contratação de equipe de assessoria para reabilitação dos adoecidos; - Reorganização da jornada de trabalho de 6 dias de trabalho/1 dia de folga para 6 dias de trabalho/2 dias de folga; - Compromisso em mesa redonda no Ministério do Trabalho com o protocolo de retorno ao trabalho para os trabalhadores reabilitados. 			
Empresa 2	17	04	07*
<p>* Demitidos pelo rompimento do contrato de terceirização.</p> <p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando merendeiras para as escolas da rede pública, municipais e estaduais. As melhorias recomendadas pela AET dependiam essencialmente de investimentos da contratante. A contratante rompeu o contrato de terceirização com a empresa em referência, contratou nova empresa e reorganizou seu processo de trabalho sem a participação dos ergonomistas do Cerest-Piracicaba.</p> <p>Os trabalhadores do programa ainda em andamento estão em processo de nova profissionalização pelo Programa Reabilita do INSS.</p>			
Empresa 3	05	01	--
<p>Empresa local de médio porte do ramo têxtil.</p> <p>Empresa abriu falência durante o programa, fechando suas portas. Os trabalhadores foram demitidos e entraram com ações judiciais. Dois trabalhadores conseguiram colocação em outras empresas.</p> <p>Um trabalhador está em processo de nova profissionalização pelo Programa Reabilita do INSS.</p>			
Empresa 4	02	--	01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação dos prédios municipais.</p> <p>Contratou ergonomista e implantou sistema de rodízios e pausas, dimensionando seu efetivo.</p> <p>A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 5	01		01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação das instalações dos serviços de saúde. A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 6	01		01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação de vias públicas, parques e jardins. O trabalhador que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 7	--	02	--
<p>Empresa multinacional de grande porte do ramo metalúrgico.</p> <p>Empresa com intervenção em andamento pela equipe de vigilância do Cerest-Piracicaba. Sem resultados a relatar.</p>			
Empresa 8	02	--	01
<p>Empresa de terceirização que presta serviços de <i>telemarketing</i> e manutenção de estações e redes de telecomunicações a uma grande empresa de telecomunicação.</p> <p>Empresa contratou ergonomista estando sob intervenção do Ministério do Trabalho.</p> <p>A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 9	1	--	--
<p>Empresa nacional de grande porte do ramo de revestimento cerâmico.</p> <p>Empresa passou por intervenção do Ministério do Trabalho. Os trabalhadores acolhidos adoeceram no período de transição entre a modernização da empresa, inclusive com introdução de robótica. A maior parte não aceitou participar do programa por estar com ações indenizatórias na justiça. A única trabalhadora participante foi um caso grave, com sugestão de aposentadoria pela equipe e acatada pelo INSS.</p>			
Empresas 10, 11, 12, 13 e 14	Empresas sob intervenção em andamento pelo Cerest-Piracicaba, porém seus trabalhadores selecionados se recusaram a participar do programa ou abandonaram o programa em curso.		
Total de empresas 14	70	21	22

Os resultados quantitativos parciais mostram 39% de recusa ou abandono do programa de reabilitação profissional pelos trabalhadores. Apesar de não ter sido objeto de uma investigação sistemática, algumas causas são inferidas empiricamente pela equipe: (1) a influência negativa dos advogados dos pacientes com ações judiciais em andamento, que entendiam que a intervenção de um programa de reabilitação profissional e um retorno ao trabalho antes da sentença final poderia comprometer as expectativas indenizatórias de ambos, tendo em vista que o mérito judicial está baseado na perspectiva dos danos físicos – monetarização do adoecer –, reconhecido como um preditivo negativo de retorno ao trabalho (FEUERTEIN et al., 1993); (2) o comportamento padrão das empresas na demissão dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT e as dificuldades de reconhecimento da patologia como ocupacional pelo INSS, dificultando o equacionamento social da problemática; (3) as divergências nos critérios de avaliação de incapacidade entre os médicos peritos do INSS e a equipe de assistência do Cerest, resultando em altas precoces e indeferimentos sucessivos nos recursos pela manutenção da concessão de benefícios; (4) dificuldades financeiras e agravamento de conflitos pessoais; e (5) trabalhadores com recursos adaptativos próprios, que não demandavam a necessidade de programa de reabilitação profissional.

Entre os casos assistidos, 33% tiveram avaliação pela aposentadoria, com pareceres emitidos pela equipe e encaminhados à perícia médica do INSS. São casos graves, com permanência de incapacidades físicas e emocionais após a intervenção, o que os impossibilita para uma negociação de retorno ao trabalho em condições favoráveis, tornando-os muito vulneráveis às recidivas e aos agravamentos.

Os resultados qualitativos apreendidos nas verbalizações mostram o impacto positivo do programa terapêutico de reabilitação profissional no resgate da autonomia, da autoestima e da capacidade de ressignificar o futuro dos trabalhadores assistidos.

Estes dados, analisados de forma articulada aos resultados quantitativos, revelam que, na problemática da LER/DORT, existem outros aspectos sociais que interferem na reabilitação profissional dos trabalhadores lesionados, que só pode ser considerada eficaz quando resulta em inserção dos reabilitados em um trabalho que permita sua integração social plena (SEYFRIED, 1998).

O principal obstáculo social no retorno ao trabalho tem sido a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento. As ações de vigilância são complexas e morosas, porque demandam transformação profunda na visão dos gestores do capital sobre o trabalho e sobre as formas de organizar a produção. Os recursos das instituições fiscalizadoras estão sempre aquém das necessidades demandadas.

Na experiência em relato, conforme demonstrado no **Quadro 1**, ainda que o conjunto das empresas priorizadas seja objeto das fiscalizações típicas de vigilância do serviço, apenas as duas empresas com maior

número de casos de LER/DORT passaram por avaliação ergonômica mais abrangente do seu processo de trabalho, realizada pelos ergonomistas do Cerest-Piracicaba, resultando em recomendações que envolveram mudanças mais profundas na organização da produção e do trabalho. Ambas estão com um processo, em curso, de reformulação de suas atividades de trabalho, entretanto, uma avaliação mais precisa do impacto destas transformações demanda uma nova avaliação ergonômica por parte dos órgãos fiscalizadores e do sindicato, o que até o momento não ocorreu.

Em relação ao retorno ao trabalho, na primeira empresa, acordou-se, via intensa negociação e finalização em mesa-redonda no Ministério do Trabalho e Emprego de Piracicaba, um conjunto de procedimentos entre o Cerest-Piracicaba, o Programa Reabilita do INSS, o Sindicato e a empresa para retorno ao trabalho dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT, após conclusão de seus programas terapêuticos.

Esse protocolo estabeleceu que a empresa fosse responsável pela avaliação da compatibilidade do posto de trabalho, considerando os pareceres técnicos conclusivos da equipe de reabilitação, desencadeando o seguinte fluxo: (1) Após avaliação da equipe de reabilitação da empresa, a empresa oferece postos de trabalho específicos a cada trabalhador reabilitado; (2) O posto de trabalho ofertado passa pela análise *in loco*, pela aprovação técnica das equipes de reabilitação profissional do Cerest e do Programa Reabilita e pela validação do trabalhador; (3) Quando o posto de trabalho é aprovado e validado, o trabalhador é encaminhado para estágio na empresa por 60 dias, sem desligamento do benefício do INSS, no qual é supervisionado pela equipe do Cerest-Piracicaba que pode sugerir e orientar adaptações, quando necessárias; (4) Quando o posto de trabalho não é aprovado, a equipe técnica justifica para a empresa as razões da não aceitação e o caso retorna ao início do fluxo para nova avaliação; (5) O desfecho satisfatório do estágio resulta em alta (desligamento do benefício) e certificação de reserva de vagas para trabalhadores reabilitados pelo INSS.

Na segunda empresa, após uma análise ergonômica em profundidade das atividades de trabalho das merendeiras, foram apresentados à Coordenação da Merenda Escolar do município o diagnóstico da situação e as recomendações para melhoria das condições de trabalho. No entanto, o vencimento do prazo do contrato de terceirização e as decisões políticas de nível macro que alteraram profundamente a organização do trabalho das merendeiras resultaram em novo processo licitatório e na perda do contrato de prestação de serviços por parte da empresa de vínculo dos trabalhadores em programa de reabilitação.

Os trabalhadores que retornaram ao trabalho na segunda empresa haviam sido recolocados em escolas com menor número de alunos e dimensionamento de funcionários mais ajustado, entretanto, foram demitidos com a rescisão do contrato de terceirização, ocorrida no final de 2008.

Os trabalhadores buscaram a via judicial para pleitear sua reintegração, valendo-se do direito de estabilidade de um ano a trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho,⁴ garantido pelo contrato solidário entre o poder público e a empresa de terceirização.

Os trabalhadores demitidos, mas ainda com o programa de reabilitação em andamento, estão sendo assistidos pelas ações de profissionalização do Programa Reabilita do INSS.

Considerações finais

A elaboração a cinco mãos deste artigo abriu a possibilidade de uma leitura organizada sobre o trabalho da equipe, com reflexões metodológicas e operacionais. O programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba foi examinado enquanto trabalho terapêutico e social e os dados empíricos foram extraídos destas reflexões por parte da equipe multidisciplinar acerca do seu trabalho cotidiano. Os relatos dos pacientes são carregados de emoções e afetividade, o que, certamente, inibiu as críticas.

Os problemas decorrentes da efetividade de um trabalho interinstitucional aumentam o tamanho do desafio e levam ao aprendizado de algumas lições. A primeira delas é a percepção de que não é desprovida de sentido a relação histórica entre os programas de reabilitação profissional e os sistemas de Previdência Social. A ausência do suporte de renda dos benefícios previdenciários inviabiliza a participação dos trabalhadores nos programas terapêuticos.

A divergência entre a lógica do cuidado do SUS (assistência e prevenção) e a do INSS (agência seguradora) reflete-se em contradições e conflitos cotidianos, que aparecem na condução dos casos e podem comprometer o tratamento, a prevenção secundária precoce e a reabilitação profissional. A parceria institucional entre o Cerest-Piracicaba e o Programa Reabilita foi uma saída coletiva estratégica e permitiu a construção de um

fluxo facilitador em reabilitação profissional, minimizando as dificuldades na execução dos programas e na intervenção nas empresas por ocasião do retorno ao trabalho dos reabilitados.

As reuniões técnicas das equipes multidisciplinares de ambos os serviços possibilitaram o acúmulo e o compartilhamento de saberes. Constituíram um *know-how* diferenciado a esta equipe, proporcionado pela condução singular e coletiva dos casos. Chegou-se a certo “consenso tipológico” para os casos de LER/DORT fundamental para o estabelecimento de um protocolo de atenção, possibilitando a aplicação do princípio da equidade do SUS.

Para concluir, algumas propostas poderiam contribuir para uma execução mais eficaz da reabilitação profissional como política pública:

1. A implantação dos conceitos teóricos da Classificação de Incapacidade e Funcionalidade (CIF) na avaliação de incapacidade dos médicos-peritos do INSS, representando uma mudança no paradigma da incapacidade: a superação da concepção de déficit pessoal para uma abordagem social da incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994).
2. A capacitação em Ergonomia, pela abordagem da AET, de médicos-peritos do INSS contribuiria potencialmente para a desconstrução da ideologia do trabalho “ominiprofissional”. Este conceito, muito utilizado em manuais periciais de seguradoras privadas e públicas, analisa a capacidade do trabalho humano de forma abstrata, desvinculada da dinâmica das cargas laborais em situações concretas do trabalho real. Este conceito é cotidianamente operacionalizado pela Previdência Social no Brasil, justificando altas precoces, sem que os trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho estejam devidamente reabilitados, levando-os à vulnerabilidade e à exclusão social.

Referências

AUGUSTO, V. G. *Um olhar sobre a LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta*. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BION, W. *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>. Acesso em: 21 dez. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

FERREIRA, I. M. *Reabilitação profissional e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1985.

FEUERSTEIN, M. et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. *Journal of Occupational Medicine*, United States, v. 4, n. 35, p. 396-403, 1993.

⁴ Lei da Previdência Social nº 8.213/1991.

- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- GUSDORF, G. et al. *Interdisciplinaridade: antologia*. Porto: Campo das Letras, 2006.
- HENNINGTON, E. A. *Saúde trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora*. 1996. 221 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- HOEFEL, M. G. et al. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 7, p. 31-39, dez. 2004.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- LIMA, F. P. A. A organização da produção e a produção da LER. In: LIMA, M. E. A et al. *LER-Dimensões Ergonômicas e Psicossociais*. Belo Horizonte: Editora Health, 1997.
- LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.
- MARTINIC, S. *Evaluación de proyectos*. México: Conexani-Cejuv, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- MOEHLECKE, V.; FONSEGA, T. M. G. O teatro da individuação: forças e simulacros. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 475-503, jun. 2008.
- MOOM, W.; GEICKER, O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and Work*. ENCYCLOPEDIA of occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.
- MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1975.
- MORIN, E. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.
- ONOKO, R. T. *O planejamento em saúde sob o enfoque da hermenêutica*. 1999. 214 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- PICHON-RIVIÈRI, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- REY, F. G. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson, 2003.
- SEYFRIED, E. Vocational rehabilitation and employment support services. In: *Disability and work*. ENCYCLOPEDIA of occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p.17.18-17.22. CD-ROM.
- SHESTACK, R. *Fisioterapia prática*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1987.
- SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, J. A. Método de análise de tarefas industriais como ferramenta para a inclusão de portadores de necessidades especiais no trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 137-146, set./dez. 2005.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. 2006. 279 f. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. *Social Science Medicine*, England, v. 38, n. 1, p. 1-14, Jan. 1994.

Mônica Angelim Gomes de Lima¹
Andréa Garboggini Melo Andrade^{2,3}
Camila Moitinho de Aragão Bulcão²
Esperança Maria de Carvalho Lino Mota²
Francesca de Brito Magalhães^{2,3}
Rita de Cássia Peralta Carvalho²
Sonara Machado de Carvalho Freitas²
Sylvia Regina Freire de Carvalho Sá²
Lauro Antonio Porto¹
Robson da Fonseca Neves⁴

Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador

Cesat/Bahia rehabilitation program for workers with RSI/WRMD – a starter for changes in Workers' Health

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

² Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Bahia (Cesat/Bahia).

³ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Curso de Terapia Ocupacional.

⁴ Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

Contato:

Mônica Angelim Gomes de Lima

Endereço: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Canela - Salvador - BA.

CEP: 40110-100

E-mail:

angelim@ufba.br

Resumo

Este artigo apresenta a concepção e a implantação do Programa de Retorno ao Trabalho (PRT), em fase de projeto piloto, como parte do Programa de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia, desde 2007. Esta experiência tem-se apresentado como um processo ativador de diálogos e mudanças no campo da saúde do trabalhador no estado da Bahia, envolvendo os diversos atores implicados na reabilitação de trabalhadores. É apresentado o GT de Reabilitação/Cesat, sua constituição, composição e características de atuação, os caminhos trilhados, as escolhas feitas no sentido da integração das ações de vigilância e assistência a partir do PRT/Cesat/BA. São descritas suas etapas, o papel de cada ator envolvido, os métodos e instrumentos utilizados e os resultados esperados. Chama-se atenção para a aproximação com a CIF enquanto um recurso para dar visibilidade às demandas biopsicossociais do processo de saúde e doença dos trabalhadores. A elaboração do PRT tem proporcionado o amadurecimento teórico do grupo técnico, como também o fortalecimento das interações institucionais necessárias ao desenvolvimento de um programa de reabilitação de trabalhadores de abrangência estadual, contribuindo para a formatação de ações mais integradoras para o enfrentamento da complexa problemática da reabilitação de trabalhadores na Renast/SUS.

Palavras-chave: reabilitação de trabalhadores; programa de retorno ao trabalho; funcionalidade; CIF; LER/DORT.

Abstract

This article presents the formulation and adoption of the "Programa de Retorno ao Trabalho" (Return to Work Program - PRT), still in a pilot project stage, as part of Cesat/Bahia (Occupational Health Reference Center of the state of Bahia, Brazil) Rehabilitation Program for workers with RSI/WMSD. This experience has fostered debates and changes within the occupational health field in the state of Bahia, involving several agents engaged with workers' rehabilitation. The paper introduces the Cesat Rehabilitation Work Group, its constitution, composition, and operational characteristics, as well as paths followed and choices made aiming the integration of surveillance and healthcare actions in PRT since 2007. It describes all the stages of the program, the role of each agent involved, methods and instruments used, and the expected results. It emphasizes the use of ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a resource to give visibility to the biopsychosocial demands of workers' health/disease process. The formulation of PRT has promoted the theoretical development of the technical group and strengthened the institutional interactions needed to establish a statewide Workers' Rehabilitation Program. It has also contributed to the development of more integrative actions in order to face the complex problems concerning workers' rehabilitation in the National Network for Comprehensive Workers Healthcare (Renast) within the National Health System (SUS).

Keywords: workers' rehabilitation; return to work program; functioning; ICF; RSI/WMSD.

Recebido: 30/06/2009

Revisado: 05/02/2010

Aprovado: 09/02/2010

Introdução

A reabilitação de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos para o campo da saúde pública no Brasil. A complexidade e as tensões que emergem nesta problemática refletem a multiplicidade e a magnitude dos problemas de saúde e as repercussões sociais envolvidas, ao tempo em que impõem abertura de agenda pública específica, construção de novas práticas e formulação de políticas públicas abrangentes que compreendam e enfrentem a complexidade do problema. (MAENO, 2001; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

O crescimento da notificação e dos afastamentos do trabalho decorrentes de doenças ocupacionais, a partir da década de 1990, aumentaram também a complexidade da discussão sobre a capacidade/incapacidade para o trabalho, tanto na dimensão técnica, requerendo novas soluções tecnológicas, como na dimensão sociopolítica, implicando novos arranjos institucionais e relações interinstitucionais, especialmente considerando as mudanças ocorridas no interior da Previdência Social neste período, assim como as ações insuficientes sobre este tema no campo da Saúde do Trabalhador (ST), no Sistema Único de Saúde (SUS) e no movimento social (TAKAHASHI; IGUTI, 2008; SOUZA; ESTRELA, 2003).

Precisam ser consideradas também as especificidades do contexto brasileiro para o enfrentamento do processo diagnóstico-tratamento-reabilitação de trabalhadores, que incluem: as características dos trabalhadores com LER/DORT que buscam a Renast/SUS; as dificuldades enfrentadas para a implantação de ações de vigilância de processos de trabalho com modificação efetiva de condições e organização do trabalho e o acompanhamento deste processo dentro das empresas; e o distanciamento político-institucional do principal sistema de compensação: a Previdência Social.

Um momento recente importante para a discussão da reabilitação de trabalhadores no Brasil foi o Seminário “Reabilitação profissional pública: um direito do cidadão”, realizado na Fundacentro-SP em outubro/2007 (ROSSI et al., 2007). Este evento reuniu técnicos da área de saúde do trabalhador e da Previdência Social com a finalidade de refletir e propor um novo modelo de reabilitação a ser adotado pela Previdência Social. Defendeu, centralmente, a construção de ações integradas ao SUS, permitindo um fluxo complementar entre a Previdência e os demais setores do Estado envolvidos com a atenção da saúde dos trabalhadores.

Assume-se neste artigo a perspectiva da vigilância à saúde como proposta de ação, entendendo que, para responder às necessidades sociais que emergem do processo de reabilitação de trabalhadores, é necessária a articulação de ações individuais e coletivas, institucionais e interinstitucionais, setoriais e transectoriais (PAIM, 2002; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009) e a busca da integralidade da atenção, enquanto caminho a ser trilhado, reflexo dos consensos construídos ao longo do tempo (XAVIER; GUIMARÃES; PINHEIRO, 2004).

Neste artigo, apresenta-se o processo de concepção e implantação do Programa de Retorno ao Trabalho (PRT), em fase de projeto piloto, como parte do Programa de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – Cesat/Bahia.

Método

Trata-se de um relato de experiência do processo de constituição do Programa de Retorno ao Trabalho (PRT) do Cesat/BA, apresentando desde a formação de Grupo de Trabalho (GT Reabilitação), a partir de 2007, até o PRT proposto: suas etapas, o papel de cada ator envolvido, os métodos e instrumentos utilizados e os resultados esperados com o objetivo de permitir a reprodução desta experiência em outros Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceresat) e as aproximações feitas com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) e com a literatura internacional.

GT Reabilitação do Cesat – formação e composição

O progressivo aumento do diagnóstico das LER/DORT associadas às Doenças da Coluna Lombar registrado no período de 1991 a 2000 (SOUZA; ESTRELA, 2003) e os consequentes afastamentos temporário e permanente do trabalho contribuíram para que, em 1998 (BAHIA, 2002), fossem iniciadas, no Cesat, ações voltadas para o cuidado de trabalhadores. Através da iniciativa de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médico, psicoterapeuta e assistentes sociais, foram estruturadas atividades de educação para saúde e atendimentos grupais – Grupo de Qualidade de Vida, Grupo de Terapia Ocupacional, Oficina de Autocuidado e Grupo Respirar.

Os pressupostos assumidos nesses trabalhos eram direcionados para o resgate da saúde, aqui entendida no seu sentido mais amplo e não apenas voltada para o retorno do trabalhador à produção. Tinham-se como foco as questões coletivas e as suas repercussões em cada indivíduo, visando à construção de um projeto terapêutico integrado que contribuísse para a ressignificação da doença e a ampliação da autonomia do trabalhador nas suas atividades cotidianas.

Esses grupos constituíram-se como espaços de troca de experiências, de aprendizado e de possibilidades de mudanças. Estimulavam-se a comunicação entre os participantes e a aquisição de conhecimento a respeito do trabalho, seus riscos e mecanismos adocedores; possibilitavam-se o autoconhecimento e o estabelecimento de limites, propiciando a ampliação da capacidade funcional, incluindo atividades ocupacionais; buscava-se o redimensionamento dos sintomas físicos e psíquicos e o ajuste do uso de medicações analgésicas e de psicofármacos; e construía-se, coletivamente, estratégias para realização das atividades da vida diária com menor dispêndio de energia.

Apesar de não serem desenvolvidas ações direcionadas para o retorno ao trabalho, a aflição dos trabalhadores frente à iminência da alta do INSS era tema frequentemente discutido nos diversos grupos. A ansiedade gerada pode ser entendida, conforme Takahashi e Iguti (2008), pelo fato de não lhes ter sido ofertada, através de programas de reabilitação profissional, a possibilidade de superação de suas desvantagens.

Nesse contexto, alguns integrantes dos atendimentos grupais, que também faziam parte de um grupo de discussão sobre LER do Sindicato dos Bancários da Bahia, decidiram, em 1995, formar uma comissão de pessoas com LER/DORT, envolvendo diversas categorias (bancários, metalúrgicos, químicos, telefônicos, comerciários, trabalhadores em processamento de dados). Tal comissão, posteriormente, passou a ser denominada Comissão Intersindical de LER. Já em 1996, a Comissão lançou, na Câmara de Vereadores de Salvador, uma campanha de combate e prevenção a LER, buscando dar visibilidade a este agravo. Em 1999, diante da necessidade de legalizar o movimento, foram iniciadas as discussões para elaboração do estatuto do Centro de Estudos, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT (CEAPLER), culminando com a sua fundação em 12 de novembro de 2001.

A avaliação das atividades desenvolvidas nos atendimentos grupais, bem como o cotidiano de trabalho dos profissionais do centro, fomentaram discussões na equipe técnica sobre a necessidade do desenvolvimento de um programa de reabilitação para trabalhadores com LER/DORT que contemplasse a complexidade deste agravo em todas as suas dimensões: física, psíquica, social e histórica.

Como resposta às inquietações geradas por esta realidade, constituiu-se, em setembro de 2007, um grupo de trabalho – GT Reabilitação do Cesat, com o objetivo de desenvolver uma proposta de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT possível de ser implementada na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast/SUS. Esse grupo é composto por técnicos que atuam nas coordenações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (COAST) e de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (COVAP), das áreas de Fisioterapia, Medicina, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com especialização em Saúde do Trabalhador, Ergonomia, Dor Crônica e Psicoterapia.

O GT Reabilitação tem conhecido a literatura que discute modelos de retorno ao trabalho, investindo em processo contínuo de reflexão e educação permanente com a contribuição da universidade (LOISEL et al., 1994; DURAND et al., 2003). É consenso que a pre-

venção da incapacidade e a reabilitação de trabalhadores são diretamente proporcionais à capacidade de intervenção no indivíduo e no coletivo, promovendo mudanças nos processos de trabalho, na sua dimensão material e no contexto sociocultural com base em abordagens compreensivas e interdisciplinares (SCHULTZ et al., 2005; YOUNG et al., 2005).

O primeiro parceiro do GT Reabilitação tem sido o Grupo de Pesquisa do CNPq Saúde, Trabalho e Funcionalidade⁵, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Esta parceria vem sendo progressivamente ampliada com as aproximações sucessivas da problemática que envolve a reabilitação de trabalhadores, iniciando-se com a apresentação à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) – e ao Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT proposto pelo grupo de pesquisa para o GT Reabilitação.

A problematização dos caminhos escolhidos reiterou a necessidade de efetivar um estudo de caso que permitisse pôr em prática a experiência compartilhada por outros centros de referência (Cerest Campinas e Piracicaba) e vários autores (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003; TAKAHASHI; IGUTI, 2008; LOISEL et al., 1994; SCHULTZ et al., 2005). Em menos de dois anos tem sido construída uma rede envolvendo pessoas e instituições, acelerando o processo de construção/formação do Programa de Retorno ao Trabalho de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia.

Programa de Retorno ao Trabalho de Trabalhadores com LER/DORT: uma proposta em construção no Cesat

Há um consenso na literatura especializada quanto à necessidade de compor Programas de Retorno ao Trabalho (PRT) para patologias musculoesqueléticas abrangentes, integrando as dimensões biopsicossociais do adoecimento, envolvendo os diferentes atores sociais interessados e respeitando as dinâmicas presentes nas relações institucionais e interinstitucionais (SCHULTZ et al., 2005; YOUNG et al., 2005).

A própria definição de “retorno ao trabalho”, como um resultado final a ser obtido ou como um processo dinâmico que tem como ponto de partida o momento muito anterior ao retorno ao trabalho e se estende por toda a trajetória do trabalhador envolvido, constitui debate recentemente valorizado, justificado pela necessidade de incluir, no conjunto de recursos mobilizados, indicadores de avaliação intermediários, sensíveis às inúmeras

⁵ O grupo de pesquisa Saúde, Trabalho e Funcionalidade está cadastrado no CNPQ desde 2006 e vem trabalhando na elaboração de um Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Trata-se de um grupo de docentes e pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA e dos Cursos de Terapia Ocupacional e Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que tem estudado a CIF e as suas aplicações para o campo da Saúde dos Trabalhadores e promovido atividades de capacitação de recursos humanos voltadas para a reabilitação de trabalhadores. Em 2007, elaborou o Core Set LER/DORT (LIMA et al., 2008) e organizou o Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT em fase de validação.

variações que podem ocorrer nas diferentes etapas e que podem constituir barreiras para o sucesso efetivo deste processo. Nesta direção, aponta-se, também, a necessidade de reconhecer e definir adequadamente as etapas/fases dos PRTs, as ações a serem efetivadas e os resultados esperados em cada uma delas (YOUNG et al., 2005).

Os modelos emergentes de retorno ao trabalho, como no caso do Modelo Ecológico, o de Gerenciamento de Caso e o Modelo Econômico, valorizam abordagens multiprofissionais e interdisciplinares, com foco na interação entre o trabalhador doente e os múltiplos sistemas no interior dos quais os atores sociais interessados mobilizam-se de forma dinâmica, perpassados por contingências descritas como relacionadas a fatores pessoais relativos ao trabalhador doente (microsistemas), fatores relacionados aos ambientes de trabalho, assistência à saúde ou seguro de saúde (mesossistemas) e fatores relacionados à dimensão econômica, social ou legislativa (macrossistemas) (SCHULTZ et al., 2005).

Para Loisel et al. (2001a; 2005), as ações e atitudes dos atores sociais chaves no local de trabalho/empresa, no sistema de saúde e no sistema de compensação são definidoras para o processo de incapacidade ocupacional. Integram o modelo proposto por este autor, os diferentes sistemas acima mencionados e os níveis hierarquizados que tentam integrar desde as demandas afetivas, cognitivas e físicas, os vários níveis organizacionais do sistema de saúde, do local de trabalho e do sistema de compensação, com base no contexto sociocultural.

O PRT aqui proposto incorpora as principais orientações dos modelos internacionais emergentes, tendo como referência o paradigma da Vigilância à Saúde que busca articular o “conjunto de ações de saúde (prevenção, proteção, recuperação e reabilitação) sob indivíduos e sobre o ambiente visando o controle de agravos (...) e a proteção de grupos vulneráveis” (PAIM, 1999 p. 481) dispersos em diferentes instituições e setores da sociedade, implicando em ações setoriais, intersectoriais e “extra-setoriais para enfrentar problemas contínuos em um determinado território” (Idem Ibidem, 1999).

Este projeto em construção incorpora diferentes tecnologias materiais e não materiais mobilizadas com base na experiência acumulada no campo da saúde do trabalhador do SUS e utilizadas nos sistemas mencionados (micro, meso e macrossistemas), respeitando especificidades do contexto socioeconômico brasileiro, que agrega dificuldades para a implantação de ações de saúde com este grau de complexidade.

A seguir, a **Figura 1** apresenta um esquema de interação dos atores envolvidos no Programa de Reabilitação de Trabalhadores com LER/DORT do Cesat. Nesta representação busca-se chamar a atenção do potencial mobilizador-integrador da problemática do trabalhador com LER/DORT a partir de uma abordagem voltada para a construção/implantação de processos de interlocução para a produção de tecnologia e de conhecimento e do promotor de mudanças organizacionais. São valorizadas as dinâmicas internas e externas aos atores sociais, mediadas por espaços de negociação e pela definição de prioridades em contínuo processo de avaliação.

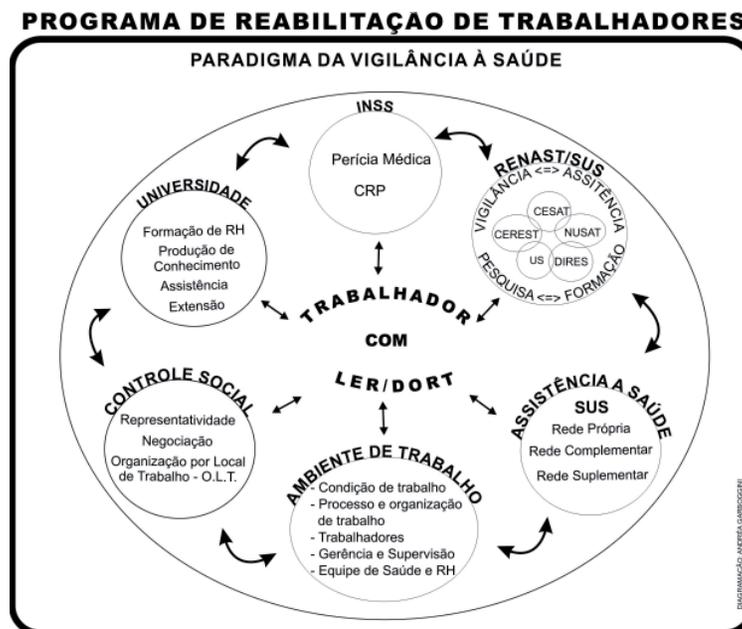


Figura 1 Esquema de interação dos atores envolvidos no Programa de Reabilitação de Trabalhadores proposto pelo Cesat

Siglas: INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social; Renast – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; CRP – Centro de Reabilitação Profissional; Cesat – Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador; Cerest – Centro Regional em Saúde do Trabalhador; Nusat – Núcleo de Saúde do Trabalhador; Dires – Diretoria Regional de Saúde; US – Unidade Sentinela; SUS – Sistema Único de Saúde; RH – Recursos Humanos

Este percurso está sendo conduzido com base em uma modalidade de investigação participante (MINAYO, 2006) com o objetivo de implantar não só um programa pré-formatado, mas de construí-lo, coletivamente, ao tempo em que são formados recursos humanos e espaços institucionais incluindo um programa de reabilitação de trabalhadores, que prevê novas práticas, novos praticantes e novas relações interinstitucionais.

O projeto piloto do PRT foi concebido em três fases (**Quadro 1**) que preveem desde negociações preliminares com os atores sociais, formação de recursos humanos, até intervenção e acompanhamento do processo de retorno ao trabalho de trabalhadores com LER/DORT (YOUNG et al. 2005). Este tipo de intervenção tem favorecido a interlocução de um grupo de atores com distintos interesses no processo de tratamento-reabilitação de trabalhadores, permitindo a criação de espaços de negociação para a solução contínua de problemas, respeitando a autonomia de cada ator social (trabalhadores, empregadores, Previdência Social, Cesat/Renast/SUS etc.).

Para o registro e a documentação deste processo, estão sendo utilizados múltiplos recursos metodológicos: observação participante com registro em diário de campo; entrevistas em profundidade; registros fotográficos e filmagem dos processos produtivos e de atividades realizadas com os trabalhadores; grupo focal; registro das reuniões da equipe técnica condutora do projeto para discussão e busca de soluções de problemas; e outros para apreender o processo de construção desta intervenção.

A seguir, serão apresentados os passos adotados para a execução deste projeto piloto. A primeira fase, chamada de *negociação preliminar*, junto aos atores sociais envolvidos no processo de reabilitação de trabalhadores, foi iniciada em 2008. Nesta fase, foram definidos os critérios de elegibilidade da empresa para participação do projeto, incluindo número de trabalhadores atingidos ou expostos, importância econômica da atividade produtiva, existência de demanda organizada, factibilidade e possibilidade de êxito na adoção de medidas de prevenção (BAHIA, 2002).

A empresa selecionada para o projeto piloto é uma distribuidora de alimentos, de economia mista, que possui 282 lojas no estado da Bahia, além de centrais de distribuição, frigoríficos, prédios administrativos, totalizando 3.199 funcionários, dos quais 415 (13%) encontravam-se afastados do trabalho no momento do início deste projeto. Destes, 151 (4,72%) com algum diagnóstico de distúrbios musculoesqueléticos. Vários destes trabalhadores afastados (31 trabalhadores) foram acompanhados pelo Cesat ao longo dos últimos quatro anos (2005 a 2008). Ainda nesta fase, foi realizado o diagnóstico preliminar com o estudo das características dos trabalhadores afastados e a seleção dos trabalhadores que participariam do PRT/Cesat.

O diagnóstico preliminar foi elaborado com base na avaliação dos prontuários dos 111 trabalhadores afastados pela Previdência Social com diagnóstico

compatível com LER/DORT. Dentre os trabalhadores afastados, apenas um tinha menos que 30 anos, 64 estavam entre 30 e 49 anos e 32, acima de 50 anos. A maioria dos trabalhadores afastados realizava funções relacionadas à atividade de operador de caixa: 64 trabalhadores como auxiliar de operação, 20 como fiscal de caixa, 8 como operadores de caixa e 4 como caixas, totalizando 96 trabalhadores do total de 111 afastados. Quanto ao tempo de afastamento, chama atenção que apenas 14 apresentam menos de 1 ano de afastamento, 40 de 1 a 3 anos, 34 entre 3 e 6 anos e 17 com tempo superior a 6 anos. Com base nestes dados, elegeram-se como critérios de inclusão destes trabalhadores no PRT: o desejo de participar do programa, estar lotado em uma das lojas de Salvador, ter a função relacionada à atividade de caixa e ter o diagnóstico de LER/DORT. Foram selecionados 40 trabalhadores.

Também foi realizado o levantamento de trabalhadores que estavam em atividade na empresa, mas que tinham apresentado atestado médico com até 15 dias de afastamento do trabalho no ano de 2009. Assim, foram relacionados 97 trabalhadores com atestados de curta duração e aplicados os critérios de inclusão no PRT. Destes, 17 foram selecionados.

Como um dos critérios de inclusão é o desejo em participar do programa, o total de trabalhadores selecionados foi de 57, na perspectiva de alcançar um grupo final de 30 participantes. Os selecionados serão avaliados utilizando-se o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade (descrito abaixo), com base no qual será elaborado o plano de reabilitação. Este subsidiará ações de articulação com serviços de saúde da rede SUS para o suporte terapêutico necessário a cada trabalhador.

Nesta fase, têm sido feitos vários contatos com a empresa e com o INSS com o objetivo de apresentar a proposta deste projeto, formalizar parcerias, compor equipe condutora com membros da empresa, representantes dos trabalhadores, INSS (perícia médica e Centro de Reabilitação Profissional - CRP) e equipe técnica do Cesat.

No contato mantido com o INSS, foi encaminhada uma proposta para o estabelecimento de convênio de cooperação técnica com o Cesat para formalização da parceria e composição da equipe condutora por técnicos do CRP e da perícia médica.

Para a finalização desta primeira fase, foi realizado um momento de sensibilização envolvendo a alta gestão da empresa, os trabalhadores do nível de gerência e os supervisores, além da equipe condutora do projeto, tendo sido apresentado todo o andamento previsto para este projeto em suas diversas etapas, fomentando o envolvimento de todos, ressaltando os pressupostos teórico-práticos norteadores deste programa. Como fruto deste momento, foi definida a elaboração de um termo de compromisso a ser firmado entre o Cesat, a empresa e a representação sindical, estabelecendo, dentre outras coisas, garantias de estabilidade no emprego, durante o desenvolvimento de todas as etapas, para os trabalhadores que aderirem ao projeto.

Quadro 1 Fases do Programa de Retorno ao Trabalho - PRT: Projeto Piloto

<i>Fases</i>	<i>Ações</i>	<i>Detalhamento</i>
1ª - Inicial	Negociação inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de critérios de elegibilidade da empresa para o programa; - Apresentação de proposta à empresa; - Formalização – termo de convênio; - Envolvimento dos representantes dos trabalhadores; - Composição da equipe condutora: membros da empresa, representantes dos trabalhadores, equipe técnica do PRT/Cesat.
	Diagnóstico da situação de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo das características dos trabalhadores afastados: tempo de afastamento, escolaridade, tempo de serviço, idade, atestados médicos de curta duração; - Eleição dos trabalhadores para o PRT.
	Sensibilização	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e envolvimento da alta gestão, gerência e supervisores da empresa.
2ª - Treinamento Avaliação	Capacitação geral	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento sobre reabilitação de trabalhadores: processo de trabalho, programas de retorno ao trabalho, ergonomia, avaliação de funcionalidade; - Tutorial, atividades presenciais e em campo, aplicação de método.
	Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores afastados	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do protocolo de funcionalidade, avaliação de habilidades, levantamento de perspectivas e demandas, formulação de plano de reabilitação, identificação de opções de trabalho factíveis, garantia de suporte junto à equipe de trabalho.
	Avaliação da situação de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas ao local de trabalho; - Análise ergonômica do trabalho; - Elaboração de proposta de intervenção.
	Apresentação da proposta à alta gestão da empresa	<ul style="list-style-type: none"> - Negociação do retorno ao trabalho dos trabalhadores no PRT; - Negociação sobre as intervenções necessárias no processo de trabalho.
3ª - Intervenção	Acompanhamento do retorno ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da adequação da capacidade trabalho-desempenho; - Identificação dos problemas e intervenção: modificação das tarefas, do plano de trabalho, da tecnologia assistiva, estímulo de habilidades, redefine metas, definição da progressão de metas de produção; - Suporte terapêutico.
	Implantação das intervenções no posto de trabalho/situação de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação sobre as principais tarefas e/ou etapas do processo de trabalho que deverão ser modificadas; - Proposição de soluções negociadas; - Avaliação de viabilidade das soluções e estabelecimento de prioridades baseados na severidade e no risco à saúde, impacto sobre o processo produtivo como um todo.
	Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento do desempenho do trabalhador com identificação de ganho de autonomia, estabilização ou regressão; - Reconhecimento do grau de satisfação do trabalhador com o PRT; - Identificação de novos objetivos e perspectivas profissionais; - Acompanhamento das demandas de saúde.
	Avançado	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de novas habilidades/vocações; - Formulação de plano para alcançar novas colocações; - Identificação de oportunidades compatíveis; - Acompanhamento de novo processo de mudança.

Fonte: Adaptado de Young et al., (2005), Loisel et al., (2001b)

Para a segunda fase do projeto piloto estão previstas capacitações e treinamentos de toda a equipe condutora, tanto na temática geral de reabilitação de trabalhadores em programas de retorno ao trabalho, como na aplicação do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e na abordagem ergonômica voltada para reabilitação.

Os trabalhadores selecionados serão submetidos à avaliação de funcionalidade com o objetivo de levantamento de perspectivas e demandas, formulação de plano de reabilitação, identificação de opções de trabalho factíveis, avaliação de habilidades, garantia de suporte junto à equipe de trabalho. Posteriormente, será realizada avaliação individual das situações de trabalho, com visitas ao local do mesmo, à análise ergonômica e à elaboração de proposta de intervenção na organização deste.

Este processo de treinamento será conduzido com base em referência teórica que reconhece a aprendizagem como processual e assume a problematização como uma referência na construção de novos saberes e práticas. A problematização tem sua origem nos estudos de Paulo Freire, enfatizando que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A conclusão da segunda fase será feita com a apresentação da proposta de retorno ao trabalho dos trabalhadores avaliados à alta gestão da empresa, implicando negociações necessárias a este retorno.

A terceira fase deste projeto, chamada de *Fase de Intervenção e Acompanhamento*, prevê o acompanhamento do retorno ao trabalho de trabalhadores, individualmente e em grupo. Serão observados os seguintes aspectos: avaliação da adequação da capacidade trabalho-desempenho; identificação dos problemas e intervenção no processo de trabalho (biomecânica e organização do trabalho: modificação das tarefas, do plano de trabalho, introdução de tecnologia assistiva, estimulação de habilidades, redefinição de metas, definição de progressão de metas de produção). Será também mantido suporte terapêutico voltado para o manejo de recursos de controle da dor, identificação de reagudizações ou de novas demandas físicas e psíquicas.

A implantação das intervenções ergonômicas propostas pela equipe multiprofissional, após a avaliação das situações de trabalho, passará por apresentação e explicação das principais tarefas e/ou etapas do processo que deverá ser modificado; proposição de soluções negociadas; avaliação de viabilidade das soluções, do estabelecimento de prioridades – baseadas na severidade e no risco à saúde – e do impacto sobre o processo produtivo como um todo. Este processo será acompanhado por todos os atores sociais envolvidos sob a coordenação do Cesat/Bahia.

A manutenção desta intervenção será feita a partir do acompanhamento do desempenho dos trabalhadores, tendo como principal referência o ganho progressivo de autonomia, a estabilização do quadro clínico e o envolvimento motivacional, com reconhecimento do grau de satisfação do trabalhador com o PRT, identificação de novos objetivos e perspectivas profissionais. Este processo também

prevê o acompanhamento de demandas de saúde relacionadas ou não às LER/DORT.

As ações avançadas do PRT incluem identificação de novas habilidades/vocações, formulação de plano compartilhado com a equipe técnica para alcançar novas colocações e desenhar novos projetos, identificar oportunidades compatíveis e sustentar o acompanhamento de novo processo de mudança.

A CIF e o protocolo de avaliação da funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT

A CIF foi criada pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 2001, com objetivo de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 13). Tem sido utilizada na discussão da funcionalidade do ponto de vista clínico ou como modelo teórico em estudos sobre dor crônica e desordens musculoesqueléticas (CHEN et al., 2003), mas também tem sido questionada sua aplicabilidade em programas de retorno ao trabalho (YOUNG et al., 2005).

A CIF propõe um modelo de funcionalidade e incapacidade que tem em seu centro (**Figura 2**) a atividade humana, aqui entendida como o resultado da interação de fatores ligados à condição de saúde (funções e estruturas do corpo, atividade/participação) e aos fatores contextuais (ambientais e pessoais). Esta centralidade requer compreender a demanda do sujeito que sofre e o seu entorno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) e possibilita a ampliação dos recursos terapêuticos, incluindo abordagens não só, nem prioritariamente, sobre o indivíduo ou a doença, mas sobre os obstáculos e os facilitadores ambientais em interação com as restrições da participação social.

O ponto de vista assumido nesta leitura do modelo teórico da CIF reconhece a importância de aprofundar o estudo do cotidiano, incluindo aí o mundo do trabalho, com base em uma abordagem compreensiva orientada pelas ciências sociais que permita uma melhor articulação dos elementos internos e externos a este modelo, presentes na dinâmica social mobilizada em torno do processo de tratamento-reabilitação de trabalhadores.

O Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT parte do Modelo Teórico da CIF, incorporando outros recursos com base em uma triangulação metodológica que utiliza, de forma combinada, entrevista narrativa, instrumentos validados de avaliação de aspectos pessoais, o *Core Set* LER/DORT propriamente dito, mapa cognitivo, síntese da funcionalidade e o plano de reabilitação (LIMA et al., 2008).

A triangulação metodológica tem sido proposta para favorecer o diálogo entre áreas de conhecimento, sendo capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista – seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores, ou da visão de mundo dos informantes da pesquisa – utilizados de modo articulado no estudo, bem como na perspectiva de combinar múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender melhor objetos complexos (MINAYO et al., 2005).

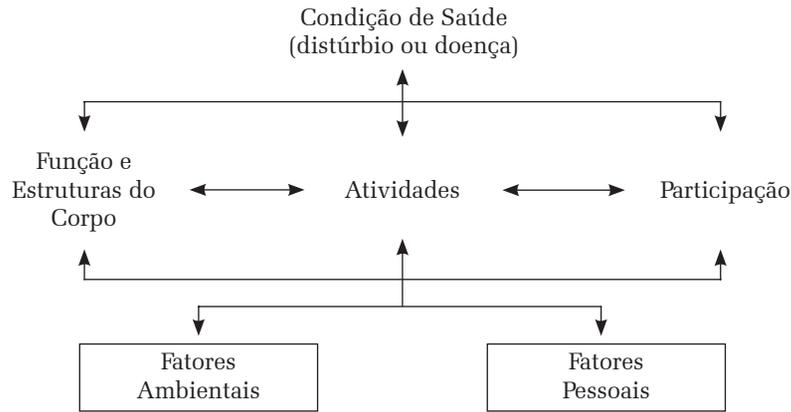


Figura 2 Modelo de entendimento da funcionalidade de acordo com a CIF

Fonte: CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Quadro 2 Etapas do protocolo de avaliação de funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT

<i>Etapas para aplicação do protocolo de avaliação de funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT</i>	
1.	Narrativa sobre o adoecimento;
2.	Instrumentos: comorbidades, HAQ, SF-36, LOC, CSQ e McGill completo;
3.	Core set da CIF para LER/DORT;
4.	Mapa Cognitivo;
5.	Plano de reabilitação.

Fonte: LIMA et al., 2008

A narrativa neste protocolo cumpre o importante papel de fornecer elementos para o processo de reabilitação, que não seriam possíveis de serem identificados através de instrumentos estruturados ou semiestruturados. São experiências compartilhadas e construídas dialogicamente, contadas por conversas interconectadas de várias pessoas, histórias cujos referenciais são as experiências das pessoas e não dos narradores. Elas falam, dentre outros elementos, de relações sociais conflitantes, de relações de poder e apresentam configurações que dão ordenamento coerente à vida cotidiana. Desta forma, o que se pretende é que as narrativas associem-se a outros elementos avaliativos para subsidiar uma maior compreensão sobre a reabilitação de trabalhadores com LER/DORT com base na valorização da voz do trabalhador adoecido em sua busca por cuidado (GOOD, 1994).

Vale ressaltar que a síntese da funcionalidade e plano de reabilitação é a sistematização dos achados, a organização das informações e a apresentação das propostas de ação. Neste momento, é retomada a narrativa do adoecimento enquanto eixo interpretativo, sobre o qual são acrescidos elementos identificados com os demais instrumentos. O plano de reabilitação tem como elementos centrais as demandas identificadas e valorizadas pelo

trabalhador, as perspectivas apontadas para a adesão ao programa de retorno ao trabalho, o resultado da avaliação do processo de trabalho e a avaliação clínica.

A utilização deste protocolo, no contexto de um programa de retorno ao trabalho, tem possibilitado aos profissionais envolvidos e ao trabalhador acolhido conhecer e reconhecer não só as limitações, mas, principalmente, as possibilidades físicas, psíquicas e sociais do trabalhador. Ou seja, inclui a identificação dos obstáculos e dos facilitadores para o processo de reabilitação, a serem discutidos tanto com o trabalhador, como com os demais atores sociais envolvidos, e permite a ampliação da participação destes no processo de tratamento-reabilitação.

As experiências de aplicação do protocolo, realizadas no Cesat/BA nos últimos dois anos, têm fomentado discussões em todas as etapas do processo, intensificando o diálogo entre centro de referência, instituições de ensino superior, serviços de saúde, empresa e previdência social. Têm funcionado como um motivador de reflexão sobre a complexidade das LER/DORT, com base em uma escuta culturalmente sensível sobre os limites e as possibilidades das práticas de saúde dos diversos atores sociais envolvidos no processo de tratamento-reabilitação de trabalhadores.

Considerações finais

O processo de concepção e implantação do programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/BAHIA tem proporcionado tanto o amadurecimento teórico do grupo técnico que o tem desenhado, como também o fortalecimento das interações institucionais necessárias para o desenvolvimento de um projeto deste porte. Ainda é um processo inicial que conta com a motivação do grupo e com as conjunturas política e institucional favoráveis. O grupo reconhece a necessidade de se conduzir uma dupla avaliação voltada para

avaliar a tecnologia produzida nas fases de implantação e para avaliar as estratégias utilizadas para promover a interação entre os atores sociais interessados no retorno ao trabalho a partir de diferentes pontos de vista. Apesar de o processo estar na fase inicial, esta intervenção, que prioriza o estabelecimento de inter-relações institucionais, tem proporcionado reflexões sobre as ações até então desenvolvidas pelos diversos atores envolvidos no processo de reabilitação, que podem contribuir para a discussão sobre a reabilitação de trabalhadores na busca de um modelo factível a ser implantado na Renast/SUS/BAHIA com maior resolutividade que os modelos tradicionais de reabilitação de trabalhadores.

Referências

- BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. 3. ed. Salvador: Cesat/SESAB, 2002.
- CHEN, J. et al. Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. *The Journal of Rheumatology*, Canada, v. 30, n. 12, p. 2689-2693, Dec. 2003.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.
- DURAND, M. J. et al. Constructing the program impact theory for evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, Netherlands, v. 21, n. 3, p. 233-242, 2003.
- GOOD, B. J. The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. In: *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 116-134.
- LIMA, M. A. et al. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 229-235, dez. 2008.
- LOISEL, P. et al. Management of occupational back pain: the sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 51, n. 9, p. 597-602, Sep. 1994.
- _____. et al. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*, England, v. 32 n. 1, p. 53-60, Fev. 2001b.
- _____. et al. Disability prevention. The new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management and Clinical Outcomes*, United States, v. 9, n. 7, p. 351-360, 2001a.
- _____. et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Netherlands, v. 15, n. 4, p. 507-524, Dec. 2005.
- MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho*. 2001. 117 f. Dissertação. (Mestrado)—Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, jun. 2009.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- _____. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção de saúde. In: _____. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPISISC, 2002.
- ROSSI, D. et al. *Habilitação e reabilitação profissional: abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional*. Documento para discussão pública. Seminário reabilitação profissional pública, um direito do cidadão. São Paulo: 2007. Disponível em: <www.spbancarios.com.br/download/17/proposta_rp_out2007.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2008.

SCHULTZ, I. Z. et al. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Netherlands, v. 17, n. 2, p. 327-352, 2005.

SOUZA, N. S. S. ESTRELA, T. Evolução da morbidade e do perfil dos trabalhadores atendidos em um centro de referência de saúde do trabalhador no estado da Bahia no período de 1991 a 2000. In: *Cadernos de Saúde do Trabalhador*, Bahia, Salvador: Cesat, 2003, p. 23-31.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, set./out. 2003.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, Nov. 2008.

YOUNG, A. E. et al. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Netherlands, v. 15, n. 4, p. 557-568, Dec. 2005.

XAVIER, C. GUIMARÃES, C. PINHEIRO, R. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. p. 133-155.

Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Heloisa B. V. Di Nubila¹

An introduction to the International Classification of Functioning, Disability and Health

¹ Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Contato:

Dra. Heloisa B. V. Di Nubila
Faculdade de Saúde Pública/USP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo, SP
CEP: 01246-904
E-mail:
hdinubil@usp.br

A CIF (*Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*)* é hoje o modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área.

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais da OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. Nesta “família”, os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões etc.) são classificados na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a revisão), enquanto a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. As duas classificações são complementares e devem ser utilizadas em conjunto, pois a CID-10 fornece um “diagnóstico” de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde, e estas informações são complementadas pelas informações sobre funcionalidade fornecidas pela CIF.

A CIF classifica “domínios” da saúde e “domínios” relacionados à saúde, que nos ajudam a descrever alterações ou mudanças na função e na estrutura corporal, o que uma pessoa com uma condição de saúde pode fazer em um ambiente padrão (seu nível de *capacidade*), assim como o que ela de fato faz no seu ambiente real (seu nível de *desempenho*). Estes domínios são classificados a partir de perspectivas do corpo, individuais e sociais, por meio de duas listas: uma lista de funções e estruturas corporais e uma lista de atividades e participação. O termo *funcionalidade* refere-se a todas as funções corporais, atividades e participação, enquanto incapacidade é um termo abrangente para “deficiências, limitação de atividades ou restrições à participação”. Há também uma lista de *fatores ambientais* que interagem com todos estes componentes e que são muito importantes para determinar a funcionalidade/incapacidade de um indivíduo ao serem representados como barreiras ou facilitadores. A *incapacidade* pode ser melhor entendida como a interação negativa entre um indivíduo com uma determinada condição de saúde e os seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).

A CIF é baseada num modelo de incapacidade que poderia ser chamado de *modelo biopsicossocial*. Este modelo sintetiza o que é verdadeiro nos modelos médico e social, ou seja, não comete o erro de reduzir a noção de incapacidade a apenas um dos seus aspectos. A CIF fornece, por esta síntese, uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social.

Os componentes da CIF se interligam e compõem um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico. Com este modelo, pode-se inverter a compreensão da incapacidade a partir da doença ou da condição de saúde, entendendo, ao

Recebido: 01/03/2010
Aprovado: 08/03/2010

* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.

contrário, o ambiente, levando à incapacidade e à doença. O respeito às múltiplas dimensões envolvidas no processo de saúde e funcionalidade/incapacidade (biológica, individual, social), além do reconhecimento do *importante papel do ambiente* (não só físico, mas social e de atitudes), traz uma nova luz sobre “saúde” e “incapacidade”, em especial sobre questões de Saúde do Trabalhador.

A CIF reconhece que todo ser humano pode experimentar uma perda ou diminuição na sua saúde e, portanto, experimentar alguma incapacidade. Isto não é algo que acontece somente a uma minoria da humanidade, mas é uma *experiência humana universal*. Mudando o foco da causa para o impacto, todas as condições de saúde são colocadas em pé de igualdade, permitindo que sejam comparadas, usando uma medida comum, uma escala de saúde e de incapacidade.

O “diagnóstico” sozinho não prevê a necessidade de serviços, tempo de hospitalização, nível de cuidados ou resultados funcionais. A presença de uma doença ou distúrbio também não é um bom preditor para o recebimento de *benefícios por incapacidade, desempenho para o trabalho, potencial para o retorno ao trabalho* ou mesmo de integração social. Isto significa que, se usarmos uma classificação médica de diagnósticos sozinha, não teremos a informação necessária para propósitos de gerenciamento e planejamento de saúde.

A CIF permite coletar dados vitais sobre tipos e níveis de funcionalidade e incapacidade de modo consistente e comparável internacionalmente, fornecendo a base para compor dados em nível nacional, ajudando a guiar o desenvolvimento de políticas nesta área.

Sabemos que, progressivamente, a CIF vem sendo conhecida e que cada vez mais os profissionais de saúde, em especial das áreas de reabilitação e, em particular, da área de reabilitação profissional, vêm se apropriando do entendimento deste modelo, o que amplia a possibilidade de pensar em novas intervenções, bem como em políticas mais voltadas à realidade das complexas relações dentro do tema “saúde e incapacidade/funcionalidade no trabalho”. Este número temático da RBSO (“Incapacidade, Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador”), com certeza, faz parte e representa muito bem este processo.

Tema Livre

Artigo

Karine de Lima Sírío Boclin¹

Nelson Blank²

Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina*

Overweight and obesity prevalence in kitchen workers of public hospitals in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina

* Artigo baseado na dissertação de mestrado intitulada *Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da Grande Florianópolis e fatores de risco associados*, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2004.

Contato:

Karine de Lima Sírío Boclin
Rua São Francisco Xavier, 524
6º andar/bloco E - Sala 6003
Maracanã, CEP: 20559-900
Rio de Janeiro, RJ.

E-mail:

kboclin@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Estimar as prevalências de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da Grande Florianópolis e verificar sua associação com características sociodemográficas. **Métodos:** Coleta de dados realizada através de questionário estruturado e levantamento de medidas antropométricas de peso e estatura em 200 trabalhadores, em atividade laboral regular. **Resultados:** A média do índice de massa corporal (IMC) nos trabalhadores ficou situada no grau de sobrepeso (27,7 kg/m²). As mulheres apresentaram prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²) três vezes maior, independentemente das demais variáveis, quando comparadas aos homens. As demais variáveis de exposição não estiveram associadas ao excesso de peso entre os trabalhadores.

Palavras-chave: sobrepeso; obesidade; trabalhadores de cozinhas.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to estimate the prevalence of overweight and obesity and verify its association with sociodemographic factors among hospital kitchen workers in public hospitals in Florianópolis, Brazil. **Methods:** All the participants (200 workers) answered a structured questionnaire and had anthropometric (height and weight) measures taken. **Results:** Workers' average BMI was 27,7 kg/m², considered as overweight. Prevalence of excess weight (BMI \geq 25 kg/m²) was three times higher among women than men, independently of other factors. Other exposure variables were not associated with overweight among kitchen workers.

Keywords: overweight; obesity; kitchen workers.

Recebido: 17/04/2009

Revisado: 01/02/2010

Aprovado: 05/02/2010

Introdução

A obesidade, presente em grandes proporções em populações com padrões culturais e desenvolvimento socioeconômico diversificados, destaca-se como importante problema de saúde pública.

Pesquisas epidemiológicas realizadas nas últimas décadas constatarem tendência ascendente de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos, alcançando proporções consideráveis em grande parte dessas regiões (JANSSENS et al., 2001; FLEGAL, 2005; GREGG et al., 2005; WELLMAN; FRIEDBERG, 2002). Tendências similares ocorrem nos países em desenvolvimento, onde há coexistência de carência nutricional e obesidade (MONDINI; MONTEIRO, 1998; SAWAYA, 1997).

Dados brasileiros mostram aumento considerável de obesidade na população adulta nas últimas décadas, entretanto, assim como em outros países, sua distribuição apresenta padrões diferenciados para homens e mulheres. Enquanto a prevalência é maior entre homens de posição socioeconômica mais elevada, entre as mulheres a tendência parece mais complexa: no Nordeste, o risco de obesidade cresce sutilmente entre as mais pobres e intensamente entre aquelas de camadas sociais médias e altas. Já no Sudeste, ocorre diminuição entre as mulheres dos estratos mais altos e aumento acentuado entre aquelas dos intermediários e baixos (MONTEIRO; CONDE, 2000).

A descrição do fenômeno da obesidade, assim como a identificação de grupos de risco específicos, propicia ferramentas importantes para a promoção da saúde considerando-se as heterogeneidades dos espaços sociais. Assim, as possíveis relações entre obesidade e diversos processos de trabalho constituem objeto de estudo, no entanto, ainda pouco explorado entre os trabalhadores no Brasil.

Ell, Camacho e Chor (1999) encontraram prevalência de sobrepeso de 27,8% e de obesidade de 6,4% em estudo com 647 funcionários de um banco estatal do Rio de Janeiro. Castro, Anjos e Lourenço (2004) identificaram 44,6% de trabalhadores de empresa metalúrgica no Rio de Janeiro com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25 kg/m². Cristofolletti et al. (2005) verificaram prevalências de sobrepeso de 24,2% e de obesidade de 9,3% entre 214 operadores de duas centrais de atendimento telefônico localizadas em São Paulo. Já Stolte, Hennington e Bernardes (2006) encontraram prevalência de 62,9% de sobrepeso e de 8% de obesidade entre trabalhadores de indústria calçadista do Sul do Brasil. Prevalências de obesidade já foram associadas a trabalho em turnos (KARLSSON; KNUTSSON; LINDAHL, 2001; PARKERS, 2002) e a *status* ocupacional – maiores prevalências entre homens nos setores administrativos e entre mulheres em ocupações que exigiam maior esforço físico (ISHIAZAKI et al., 1999).

Informações sobre o estado nutricional de trabalhadores que lidam direta ou indiretamente com o preparo de alimentos – trabalhadores de cozinhas coletivas –

indicam elevadas prevalências de obesidade, embora com pouco poder estatístico devido ao tamanho reduzido das amostras ou, ainda, ao desenho de estudo utilizado (KAZAPI; AVANCINI; KAZAPI, 1998; MATOS, 2000; BOCLIN; CARVALHO, 2001; MATOS; PROENÇA, 2003). Alguns descrevem o aumento de peso corporal como consequência das atividades exercidas que implicam mudanças de hábitos alimentares (MATOS; PROENÇA, 2003), sugerindo, assim, o acúmulo de exposições a fatores de risco decorrentes da posição socioeconômica desses indivíduos e de fatores específicos da atividade ocupacional.

Neste sentido, foi realizado estudo epidemiológico com a população de trabalhadores das cozinhas de sete hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. O objetivo desta investigação foi o de estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade nesta população, além de verificar sua associação com características sociodemográficas.

Métodos

Estudo transversal, realizado em 2003 nos sete hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, envolvendo todos os trabalhadores das cozinhas em atividade laboral regular durante a coleta dos dados.

Os dados foram coletados pela pesquisadora (primeira autora) durante a jornada de trabalho, através da aplicação de questionário estruturado e levantamento de medidas antropométricas de massa corporal e estatura. A massa corporal foi medida com a utilização de balança eletrônica aferida, com precisão de 0,1 quilograma (kg) e capacidade de 150 quilogramas (kg), e a estatura, com esquadro e fita métrica, com precisão de 0,1 centímetro (cm). As aferições foram realizadas com os participantes descalços, usando roupas leves e sem acessórios que pudessem interferir nos valores aferidos.

As medidas antropométricas foram utilizadas na construção do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido em kg/m²: divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros elevados ao quadrado). Os pontos de corte adotados foram: abaixo de 18,5 kg/m² para “baixo peso”; entre 18,5 e 24,9 kg/m² para “normal”; 25,0 a 29,9 kg/m² para “sobrepeso”; e acima de 30 kg/m² para “obesidade” (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Para algumas análises, utilizou-se a variável dicotômica “excesso de peso”. Nesta variável, os participantes foram classificados em “baixo peso/normal” (IMC < 25 kg/m²) e em “excesso de peso” (IMC ≥ 25 kg/m²).

As variáveis de exposição obtidas pelo questionário foram: sexo; idade (anos completos); renda *per capita* familiar (divisão da renda total dos que contribuem com as despesas da residência pelo número de moradores) categorizada em tercís; situação conjugal (solteiro(a); casado(a)/união estável; divorciado(a)/viúvo(a)); escolaridade (1º grau; 2º grau/universitário); e saúde auto-avaliada (percepção do estado de saúde, categorizado em: ótimo; bom; mais ou menos; ruim).

Nas análises estatísticas, as diferenças entre proporções foram avaliadas pelos testes Qui-quadrado de Pearson (sexo e escolaridade; sexo e situação conjugal) e Qui-quadrado de tendência linear (sexo e renda *per capita* familiar; sexo e saúde autoavaliada; sexo e IMC); e as diferenças entre médias avaliadas pelo teste t de Student (sexo e idade). Foram aceitos como estatisticamente significantes os testes com valor de $p \leq 0,05$. As prevalências foram estimadas com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As associações entre as variáveis de exposição e o excesso de peso foram avaliadas por meio de modelos de regressão logística, sendo estimadas Razões de Chances (RC) brutas e ajustadas por todas as variáveis e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Foram incluídos nos modelos multivariados somente indivíduos com dados completos em todas as variáveis. As análises foram realizadas com o programa estatístico R, versão 2.6.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Todos os indivíduos que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A população estudada foi composta por 200 trabalhadores em atividade laboral regular durante a realização da pesquisa nos hospitais investigados. Foram excluídos oito trabalhadores devido à gestação e às licenças médicas. Uma pequena parcela (5,6%) recusou-se a participar do estudo.

Do total de participantes, 63 (31,5%) eram homens e 137 (68,5%) mulheres. A idade variou entre 21 e 66 anos, com a média geral de 44,7 anos (dados não apresentados). A maioria dos trabalhadores possuía nível de escolaridade baixo (1º grau) e era casada ou possuía união estável.

As mulheres diferiram significativamente dos homens em relação à média de idade, à renda *per capita* familiar, à situação conjugal e à autoavaliação de saúde. Dessa forma, as mulheres eram mais velhas, estavam em maior proporção no 2º e no 3º tercis de renda e na categoria de divorciada ou viúva. Quanto à autoavaliação de saúde, 48,9% das mulheres e 20,6% dos homens avaliaram sua saúde como “mais ou menos” ou “ruim”. Não houve diferenças entre sexos para escolaridade (**Tabela 1**).

Tabela 1 Distribuição das variáveis do estudo segundo sexo dos trabalhadores das cozinhas hospitalares. Florianópolis, 2003

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Idade (anos) †					
Média		42,8		52,6	0,043
Escolaridade §					
1º grau	42	(66,7)	87	(63,5)	0,783
2º grau/Universitário	21	(33,3)	50	(36,5)	
Renda <i>per capita</i> (Salários mínimos) * ‡					
1º tercil (< 1,3 SM)	25	(39,7)	42	(30,7)	0,044
2º tercil (1,3 – 2,0 SM)	19	(30,2)	49	(35,8)	
3º tercil (> 2,0 SM)	17	(27,0)	45	(32,8)	
Situação conjugal §					
Solteiro(a)	6	(9,5)	13	(9,5)	0,002
Casado(a)/união estável	54	(85,7)	88	(64,2)	
Divorciado(a) ou viúvo(a)	3	(4,8)	36	(26,3)	
Saúde autoavaliada ‡					
Ótima	13	(26,3)	18	(13,1)	<0,001
Boa	37	(58,7)	52	(38,0)	
Mais ou menos	12	(19,0)	51	(37,2)	
Ruim	1	(1,6)	16	(11,7)	
IMC ‡					
Normal	29	(46,0)	28	(20,4)	<0,001
Sobrepeso	24	(38,1)	69	(50,4)	
Obesidade	10	(15,9)	40	(29,2)	

*Dados faltantes para homens (n=2) e para mulheres (n=1) na variável renda

† Teste t de Student

§ Teste do Qui-quadrado de Pearson

‡ Teste de tendência linear

O IMC médio da população ficou situado no grau de sobrepeso (27,7 kg/m²). Houve diferença significativa (p = 0,001) entre as médias feminina (28,4 kg/m²) e masculina (26,2 kg/m²) (dados não apresentados). Foram encontradas prevalências de sobrepeso de 46,5% (IC 95% 39,5 – 53,7) e de obesidade de 25% (IC 95% 19,3 – 31,7), sendo maiores entre as mulheres (dados não apresentados).

A prevalência de excesso de peso foi maior entre as mulheres, entre os indivíduos com baixa escolaridade, no menor tercil de renda *per capita*, divorciados(as) ou viúvos(as) e entre aqueles que avaliaram sua saúde como “mais ou menos”. Entretanto, nos modelos multivariados, as variáveis de exposição estudadas não se mantiveram associadas ao excesso de peso, com exceção da variável sexo. As mulheres apresentaram prevalência três vezes maior, independentemente das demais variáveis, quando comparadas aos homens. Os indivíduos que avaliaram sua saúde como “mais ou menos” tiveram prevalência 3,8 vezes maior de excesso de peso quando comparados aos que a avaliaram como “ótima”, entretanto, após o ajuste pelas demais variáveis, esta diferença perdeu significância estatística (**Tabela 2**).

Discussão

A população de estudo correspondeu a trabalhadores em atividade laboral regular que aceitaram participar da pesquisa, respondendo ao questionário e permitindo a mensuração de dados antropométricos. Apesar do estudo abranger toda a população de trabalhadores das cozinhas dos hospitais estaduais, o total de indivíduos investigados foi pequeno. Portanto, a significância estatística de alguns resultados apresentados pode estar influenciada pelo número reduzido de indivíduos.

A população de trabalhadores das cozinhas hospitalares era composta, em grande parte, por indivíduos com baixa escolaridade e por mulheres, como já destacado em outros estudos envolvendo semelhante grupo ocupacional (ISOSAKI, 2003; CASAROTTO; MENDES, 2003). A variação de idade na população foi bastante ampla, sendo os homens relativamente mais jovens.

Os trabalhadores, de ambos os sexos, apresentaram prevalências elevadas de sobrepeso e de obesidade. Inquéritos nutricionais de base populacional realizados nas últimas décadas também demonstram prevalências significantes de obesidade no Brasil: a Pesquisa sobre Padrões

Tabela 2 Excesso de peso entre trabalhadores das cozinhas hospitalares, ajustado pelas variáveis de exposição. Florianópolis, 2003

Variáveis	Excesso de Peso n (%)	RC bruta (IC 95%)	RC ajustada (IC 95%)
Sexo			
Masculino	34 (54,0)	1,0	1,0
Feminino	109 (79,6)	3,1 (1,6-5,9)	3,0 (1,4-6,5)
Escolaridade			
1º grau	95 (73,6)	1,0	1,0
2º grau/Universitário	48 (67,6)	0,7 (0,4 - 1,4)	0,9 (0,4-1,9)
Renda per capita (SM)			
1º tercil (< 1,3 SM)	46 (74,2)	1,0	1,0
2º tercil (1,3 – 2,0 SM)	48 (70,6)	0,8 (0,4-1,8)	0,9 (0,4-2,1)
3º tercil (>2,0 SM)	48 (71,6)	0,9 (0,4-1,9)	1,1 (0,4-2,7)
Situação conjugal			
Solteiro(a)	10 (52,6)	1,0	1,0
Casado(a)/união estável	104 (73,2)	2,5 (0,9 -6,5)	2,2 (0,7-6,9)
Divorciado(a) ou viúvo(a)	29 (74,4)	2,6 (0,8-8,3)	1,5 (0,3-4,6)
Saúde autoavaliada			
Ótima	18 (58,1)	1,0	1,0
Boa	59 (66,3)	1,5 (0,7-3,5)	1,6 (0,6-4,2)
Mais ou menos	53 (84,1)	3,8 (1,4-10,0)	2,5 (0,8-7,5)
Ruim	13 (76,5)	2,4 (0,6-8,9)	1,2 (0,3-5,1)

de Vida (PPV), realizada nas regiões Nordeste e Sudeste em 1996/1997 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacou prevalência de sobrepeso de 30,3% e de obesidade de 10,5% entre adultos da região sudeste (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2001). O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2002/2003 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, encontrou prevalência de sobrepeso de 33,5% (IC 95% 31,7 – 35,2) e de obesidade de 12,9% (IC 95% 11,3 – 14,5) na cidade de Florianópolis (BRASIL, 2004). Também em 2002/2003, a Pesquisa de Orçamento Familiar, realizada pelo IBGE nas áreas urbanas e rurais de todas as unidades da federação, encontrou prevalências de sobrepeso de 33,9% para homens e de 21,4% para mulheres e de obesidade de 6,2% e 7,9% para homens e mulheres, respectivamente em Florianópolis (BRASIL, 2004). Mais recentemente, o Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas – também realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, encontrou prevalência de obesidade de 11,1% (IC 95% 9,3 – 12,9) em 2006 (BRASIL, 2007) e de 12,0% (IC 95% 9,7 – 14,2) em 2007 e 2008 para adultos de Florianópolis (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Apesar de elevadas, as prevalências encontradas entre a população geral nesses inquéritos são menores que aquelas dos trabalhadores das cozinhas hospitalares, entretanto, é importante destacar que comparações entre grupos específicos de trabalhadores e a população geral devem considerar a possibilidade de resultados enviesados. Esse viés, conhecido em epidemiologia como “viés do trabalhador saudável”, pode ocorrer, visto que indivíduos inseridos no mercado de trabalho podem ser mais saudáveis que a população geral. Ou seja, indivíduos menos saudáveis são excluídos das coortes de trabalhadores pesquisados, ou por não terem sido escolhidos nos processos de seleção para o emprego, ou por terem desenvolvido morbidades ao longo da vida ocupacional que motivaram o afastamento de suas atividades (licenças médicas ou aposentadorias) (LI; SUNG, 1999).

Sob essa perspectiva, apesar da possibilidade de subestimação dos resultados devido ao viés do trabalhador saudável, foram observadas prevalências mais altas entre os trabalhadores pesquisados, sugerindo o aumento na chance de sobrepeso e obesidade entre o grupo, mesmo considerando somente os indivíduos em atividade laboral durante o estudo.

As prevalências de sobrepeso e obesidade encontradas entre os trabalhadores foram significativamente maiores no grupo feminino. Estes achados podem, em um primeiro momento, estar relacionados à própria distribuição das atividades nas cozinhas e, consequentemente, ao acesso ao alimento. Os homens, em geral, são responsáveis por atividades que exigem maior esforço físico, como higienização, armazenamento e pré-preparo dos alimentos, enquanto as mulheres lidam diretamente com o preparo e a cocção (BOCLIN, 2004). Desta forma, as mulheres parecem estar mais expostas ao alimento pronto para o consumo.

Ainda assim, os inquéritos realizados nas últimas décadas no Brasil demonstram maiores prevalências de obesidade em mulheres: em 1989, 9,5% (IC 95% 8,6 – 10) dos homens apresentavam obesidade, enquanto 20,0% (IC 95% 18,8 – 21,7) das mulheres eram obesas (MONDINI; MONTEIRO, 1998). Entretanto, a tendência, desde então, é de aumento constante de excesso de peso entre os homens, enquanto entre as mulheres o aumento parece estar influenciado pela renda, com uma diminuição da ocorrência de obesidade entre estratos de renda alta e aumento em grupos com renda média ou baixa (MONTEIRO; CONDE, 2000). Observa-se, portanto, associação direta entre renda e obesidade para homens e inversa entre mulheres (GIGANTE et al., 1997).

Sob essa perspectiva, um estudo realizado com trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro destacou elevada proporção de mulheres com nível superior completo e consequentemente prevalência de excesso de peso três vezes maior entre os homens (ELL; CAMACHO; CHOR, 1999). Sousa et al. (2007) encontraram maior frequência de excesso de peso entre os homens e de obesidade entre mulheres plantonistas de unidades de saúde de Teresina. Nesta pesquisa, as mulheres eram, em sua maioria, técnicas ou auxiliares de enfermagem, enquanto os homens eram médicos, portanto, detentores de maior renda. Já em investigação realizada com trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro, a baixa escolaridade exerceu papel importante na determinação social da obesidade entre as mulheres (FONSECA et al., 2006).

A distribuição da prevalência de excesso de peso entre os trabalhadores das cozinhas hospitalares pode, desta forma, ter sido influenciada pelo perfil socioeconômico da população estudada, caracterizado pela grande proporção de indivíduos com baixa escolaridade, o que pode ter contribuído para a maior proporção de mulheres com excesso de peso.

São poucos os estudos de prevalência de excesso de peso em trabalhadores de cozinhas. Uma pesquisa anterior, realizada com trabalhadores de restaurante universitário em Santa Catarina, destacou prevalências de 52,6% para homens e 55,5% para mulheres, independentemente das atividades exercidas (KAZAPI; AVANCINI; KAZAPI, 1998). Outra investigação, relacionando condições de trabalho e *status* nutricional, realizada por Matos (2000), destacou o hábito desses trabalhadores de consumir alimentos entre as refeições, possivelmente, devido ao amplo espaço de tempo entre elas e ao contato direto com os alimentos. Adicionalmente, a autora relata o baixo consumo de água pelos trabalhadores, prevalecendo a ingestão de bebidas proteicas e/ou adoçadas, principalmente entre indivíduos do setor de cocção e higienização de bandejas, além da ingestão de alimentos gordurosos pela manhã, já no início da jornada de trabalho, sobretudo alguns tipos de carne (MATOS, 2000; MATOS; PROENÇA, 2003).

Com exceção da variável sexo, a prevalência de excesso de peso entre os trabalhadores das cozinhas hospitalares não esteve associada aos demais fatores estudados,

diferentemente de outros estudos que apontam o aumento de peso com a diminuição da renda e da escolaridade (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003). Entretanto, é importante destacar a homogeneidade da população quanto a essas variáveis socioeconômicas, uma vez que se trata de um setor com atividades muito semelhantes. Por outro lado, a falta de associação pode fortalecer a hipótese de relação entre obesidade e características ocupacionais. Neste caso específico, pode-se supor que a proximidade com o alimento pode estimular a ingestão indiscriminada de pequenas porções ao longo do dia, como descrito em trabalho anterior (MATOS, 2000; MATOS; PROENÇA, 2003).

Entre os trabalhadores de cozinha, a alta ingestão de alimentos pode ser devida ao modo de trabalho de cada indivíduo, alguns provam o alimento que estão preparando, e também pode estar relacionada às características socioeconômicas destes trabalhadores, o que explicaria a extrema necessidade de alimentação, considerada “suficiente” no local de trabalho para permitir que suas atividades sejam desenvolvidas ao longo do dia. A oportunidade diferenciada que possuem de usufruir do alimento também pode contribuir para a alta ingestão de alimentos entre estes trabalhadores (BOCLIN; BLANK, 2006).

Referências

BOCLIN, K. L. S. *Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da grande Florianópolis e fatores de risco associados*. 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas coletivas? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 41-47, 2006.

BOCLIN, K. L. S.; CARVALHO, T. Aderência a um programa de promoção à saúde cardiovascular oferecido a trabalhadores do setor de nutrição de um hospital público da grande Florianópolis. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 3, 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: 2001. p. 102.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. *Pesquisa de orçamento familiar 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Stolte, Hennington e Bernardes (2006) sugerem que processos educativos em alimentação e nutrição sejam estimulados no ambiente de trabalho. Entretanto, alertam que estratégias voltadas exclusivamente para mudanças de hábitos individuais sem atenção aos determinantes sociais desses comportamentos e com o enfoque exclusivo nos benefícios à saúde não parecem suficientes, pois os efeitos das mudanças de comportamento ocorrem a longo prazo, não superando o “prazer” imediato do consumo. Assim, sugerem ações voltadas para a promoção da saúde de trabalhadores que considerem os contextos socioeconômico e cultural nos quais o trabalhador está inserido.

Como conclusão, sugere-se a realização de estudos que investiguem e aprofundem suas análises em aspectos organizacionais e característicos do ambiente de trabalho, no contexto sociocultural dos trabalhadores, bem como no significado do “alimento” para eles, repetindo-se as realidades de cada local. Assim, ações educativas, bem como políticas públicas voltadas para além de fatores restritos ao âmbito do trabalho poderão contribuir para a menor prevalência de sobrepeso e obesidade entre esses trabalhadores.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

CASAROTTO, R. A.; MENDES, L. F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 28, n. 107/108, p. 119-126, 2003.

CASTRO, M. B. T.; ANJOS, L. A.; LOURENÇO, P. M. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 926-934, jul./ago. 2004.

CRISTOFOLETTI, M. et al. Prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade abdominal em operadores de duas centrais de atendimento telefônico de São Paulo.

- Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-46, jan./ago. 2005.
- ELL, E.; CAMACHO, L. A. B.; CHOR, D. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no Estado do Rio de Janeiro/Brasil: I – índice de massa corporal e fatores sócio-demográficos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 113-121, jan./mar. 1999.
- FLEGAL, K. M. Epidemiologic aspects of overweight and obesity in the United States. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, United States, v. 86, n. 5, p. 599-602, Oct. 2005.
- FONSECA, M. J. M. et al. Associações entre escolaridade, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2359-2367, nov. 2006.
- GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, jun.1997.
- GREGG, E. W. et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *The Journal of the American Medical Association*, United States, v. 293, n. 15, p. 1868-1874, Apr. 2005.
- ISHIZAKI, M. et. al. The relationship between waist-to-hip ratio and occupational status and lifestyle factors among middle-aged male and female Japanese workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, v. 49, n. 3, p. 177-182, Apr. 1999.
- ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 28, n. 107/108, p. 107-118, 2003.
- JANSSENS, J. et al. Overweight, obesity and beer consumption: alcohol drinking habits in Belgium and body mass index. *Archives of Public health*, v. 59, n. 5-6, p. 223-238, 2001.
- KARLSSON, B.; KNUTSSON, A.; LINDAHL, B. Is there an association between shift work and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27,485 people. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 58, n. 11, p. 747-752, Nov. 2001.
- KAZAPI, I. A.; AVANCINI, S. R. P.; KAZAPI, R. G. Tipo de atividade desempenhada e estado nutricional dos funcionários do restaurante universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 15, 1998, Brasília: Anais... Brasília: CONBRA, 1998. p.136.
- LI, C.-Y; SUNG, F.-C. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, England, v. 49, n. 4, p. 225-229, May 1999.
- MATOS, C. H. Condições de trabalho no estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- MATOS, C. H.; PROENÇA, R. P. C. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 493-502, out./dez. 2003.
- MONDINI, L.; MONTERIO, C. A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 28-39, abr. 1998.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, C.A (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000. p. 421-430.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S67-S75, 2003.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Independent effect of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *Journal of Nutrition*, United States, v. 131, p. 881-886, 2001.
- PARKERS, K. R. Shift work and age as interactive predictors of body mass index among offshore workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Finland, v. 28, n. 1, p. 64-71, 2002.
- SAWAYA, A. L. Transição: desnutrição energético-proteica e obesidade. In: SAWAYA, A. L (Org.). *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 127-153.
- SOUSA, R. M. R. P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 473-482, set./out. 2007.
- STOLTE, D.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S. Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1915-1924, set. 2006.
- WELLMAN, N. S.; FRIEDBER, B. Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, Austrália, Suppl. 8, p. S705-S709, Dec. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: OMS, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

Exposição ocupacional a material biológico por pessoal de saúde: construção e proposição de instrumentos avaliativos*

Paula Muniz do Amaral¹

José Tavares-Neto²

Healthcare personnel's occupational exposure to biological material – elaboration and proposition of assessment instruments

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPgSAT) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

² Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

*Artigo baseado na dissertação de Mestrado de Paula Muniz do Amaral intitulada *Exposição ocupacional a material biológico: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde*, apresentada em 2009 ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Contato:

Paula Muniz do Amaral

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) / UFBA.

Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico

CEP: 40.025-010 - Salvador, BA, Brasil.

E-mail:

aluapmuniz@hotmail.com

Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Termo de Outorga nº BOL 1029/2007 – Bolsa – Mestrado FCE

Recebido: 25/05/2009

Revisado: 20/12/2009

Aprovado: 22/12/2009

Resumo

No Brasil, os indicadores de exposição aos agentes biológicos apresentam lacunas acerca dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos do pessoal de saúde e não há instrumento validado para avaliação desses aspectos. Neste trabalho, o objetivo foi elaborar questionários para a avaliação institucional e do pessoal de saúde sobre a exposição ocupacional a material biológico utilizando a literatura como fonte. Foram utilizadas as bases Medline, Lilacs e Scopus a partir de palavras-chave, termos análogos e descritores associados ao tema. Dos 557 artigos pré-selecionados, 91 (16,3%) foram efetivamente incluídos no estudo. Para obtenção, análise e interpretação dos dados, foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo e de análise de dados secundários. Com base nesse estudo, foram definidas categorias e subcategorias temáticas que orientaram a construção de dois questionários: um para avaliação institucional e outro dirigido ao pessoal de saúde. A validade aparente dos instrumentos foi realizada por sete avaliadores *ad hoc* e independentes. Esses questionários, após estudo de validação em campo, poderão ser aplicados na investigação científica e na avaliação de aspectos associados ao tema aqui estudado, assim como fornecer dados à elaboração, à implantação e ao monitoramento de práticas profissionais e de gestão.

Palavras-chave: avaliação de programas e instrumentos de pesquisa; exposição ocupacional; líquidos corporais; pessoal de saúde; conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

Abstract

In Brazil, biologic agents exposure lack information about healthcare workers' knowledge, attitudes and behavior, and there is no valid instrument to assess these issues. The purpose of the present work was to develop questionnaires to assess institutions and health care workers about their occupational exposure to biological material, using literature as a data source. Medline, Scopus and Lilacs databases were searched by key words, analogous expressions, and descriptors related to the subject. From the 557 preselected articles, 91 (16.3%) were effectively included in the study. To obtain, analyze, and interpret data, content and secondary data analysis techniques were selected. Thematic categories and sub-categories were defined based on this study, and they guided the construction of two questionnaires – one for institutional assessment and the other to assess healthcare workers. Seven independent ad hoc reviewers evaluated the apparent validity of the instruments. After the validation of these questionnaires in the field, they can be used for scientific research and for assessment of the aspects associated to the issues studied in this paper, as well as provide data for elaboration, implementation, and monitoring of professional practices and management.

Keywords: evaluation of research programs and tools; occupational exposure; body fluids; healthcare personnel; health knowledge, attitudes and practice.

Introdução

Apesar dos avanços nos marcos legais ou normativos, a real situação brasileira sobre os indicadores de exposição dos profissionais de saúde aos agentes biológicos apresenta inúmeras lacunas, visto que são crescentes os riscos de acidentes desta natureza e estão presentes nas atividades dos profissionais de saúde em decorrência das precárias condições de trabalho em muitas instituições de saúde, como também pelo aumento da prevalência de portadores dos vírus da imunodeficiência humana (VIH) e das hepatites B (VHB) e C (VHC). Não obstante, no Brasil não há dados sistematizados, dos vários níveis de atenção à saúde, sobre a ocorrência dos acidentes com material perfurocortante e que permitam conhecer a real magnitude do problema.

Dessa forma, a vulnerabilidade do pessoal de saúde está ligada às atividades, aos comportamentos e às vivências relativas à organização e ao processo de trabalho, como também às condições sociais mais amplas, ao acesso aos serviços e à existência de políticas públicas de biossegurança. Por sua vez, na atualidade, a diversidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exige delineamentos específicos a cada profissão ou atividade da área da saúde. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (ALMEIDA, 1999).

Portanto, conhecer o perfil do pessoal de saúde, das exposições a material biológico e as condutas adotadas ao planejamento e à avaliação das medidas de prevenção têm estreita vinculação com a disponibilidade de dados e a qualidade da informação, esta dependente, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o acidente. É também na unidade de saúde, de qualquer nível ou grau de complexidade, que os dados devem primariamente ser sistematizados para se constituírem em adequado instrumento de informação, capaz de subsidiar todo o processo de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2005).

Não obstante, ainda não há disponível instrumento de avaliação ou de coleta de dados, aplicável ao pessoal de saúde ou às unidades de saúde com diversos níveis de complexidade. Em vista disso, é ainda muito limitada a capacidade de avaliar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde ou as características institucionais envolvidas nesse processo. No entanto, nas avaliações dessa natureza, o mais usual é a aplicação de questionários (elaborados sem procedimentos técnicos e não validados) em estudos transversais ou epidemiológicos, os quais permitem a obtenção de

informações, de modo mais ágil e com menor custo (BOYNTON; GREENHALGH, 2004). Por isso, o objetivo deste trabalho foi elaborar questionários, a serem posteriormente validados, para a avaliação institucional e do pessoal de saúde sobre a exposição ocupacional a material biológico.

Metodologia

Para elaboração dos questionários foram utilizados artigos selecionados da literatura especializada e, para obtenção, análise e interpretação dos dados, foi utilizada a análise de dados secundários (FIGUEIREDO; TAVARES-NETO, 2001; HEARST et al., 2003) e as técnicas da análise de conteúdo (BARDIN, 2008) destes mesmos artigos. Na etapa final, e após sistemática revisão pelos autores, aos dois questionários propostos, foi aplicada a análise teórica dos itens, conforme sugere Pasquali (1998), com o propósito de ampliar a validade interna dos instrumentos.

Análise secundária de dados

Nesta primeira fase do estudo, foram utilizadas as bases de dados de periódicos científicos Medline®, Lilacs e Scopus® para a busca de artigos ou outras publicações, desde o ano inicial da base de dados até 4 de Março de 2008, a partir de palavras-chave, termos análogos e descritores associados ao problema desta pesquisa: como são avaliados os conhecimentos, as atitudes e as práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde?

Após a busca dos artigos, a fase de pré-seleção foi fundamentada na leitura e na análise do título dos mesmos e do resumo de cada publicação (quando disponível), além da verificação dos dados da ficha bibliográfica da publicação (e.g., idioma). Nesta fase, quando as informações disponíveis permitiam, a publicação foi pré-selecionada com base nos critérios: de inclusão, (1) estudos sobre exposição ocupacional a material biológico em pessoal de saúde, descrito nos idiomas português, espanhol ou inglês; (2) estudos sobre exposições ocupacionais (percutâneos, mucocutâneos, cutâneos e mordeduras humanas) com líquidos corporais que podem trazer riscos de transmissão de agentes etiopatogênicos; (3) publicações em revistas nacionais ou estrangeiras, disponíveis em bibliotecas de Salvador (Bahia), por meio eletrônico, pela Bireme ou pelo sistema Comut; e (4) nos estudos incluídos, foi considerado todo o pessoal de saúde – definido como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica, prática ou acadêmica, trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde; de exclusão, (1) entre os resumos selecionados, foram excluídos os artigos não escritos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa; (2) excluídos artigos que apresentavam pessoal de saúde sem envolvimento com materiais biológicos; (3) publicações não recuperadas nas bibliotecas de Salvador, por meio eletrônico, pela Bireme ou pelo

sistema Comut; e (4) excluídos artigos sobre doenças e agravos não relacionados com a exposição ocupacional a material biológico.

A fase de seleção da publicação foi realizada após a recuperação da versão completa do texto pré-selecionado, por meio da leitura da mesma e observando os critérios supracitados de seleção.

Análise de conteúdo

Nesta análise, foram utilizadas como referencial as recomendações de Bardin (2008) e adotada a análise por categorias que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, sendo ordenada segundo o reagrupamento analógico. Entre as diferentes possibilidades de categorização, foi selecionada a investigação por temas, ou a análise temática, que tem as vantagens de ser rápida e eficaz (BARDIN, 2008).

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, este método pode ser dividido em três fases: *pré-análise*, *exploração dos artigos* e *tratamento dos resultados e interpretação*.

Na pré-análise, fase de organização e das primeiras análises dos artigos selecionados, há três momentos: a escolha dos documentos através dos títulos e resumos; a referência aos índices (palavras repetidas); e a elaboração de indicadores (são os índices associados as suas respectivas frequências, que se transformam em indicadores) que fundamentam a interpretação final. Nessa etapa, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos dos artigos selecionados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Na fase de exploração dos artigos, foram analisados os artigos para detectar as semelhanças e as diferenças entre os mesmos, com a codificação e o recorte dos aspectos convergentes. O processo de categorização foi o passo seguinte. Durante o processo de leitura completa dos artigos, foram registradas as categorias e as subcategorias temáticas e estas, classificadas por semelhanças, na medida em que foram encontradas no texto. A codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto, à transformação por recorte (escolha das unidades), à classificação e à agregação (escolha das categorias) e à enumeração (escolha das regras de contagem), que permitem atingir a representação do conteúdo (BARDIN, 2008). A categorização é a operação de classificação de elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2008). O critério de categorização, definido para esta análise de conteúdo, foi o léxico: classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos (BARDIN, 2008).

Na fase de tratamento dos resultados e interpretação, optou-se pela análise quantitativa, em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem

expressivos e válidos. Operações estatísticas simples (frequência relativa e absoluta) permitem estabelecer quadros de resultados, gráficos, fluxogramas, os quais consolidam e põem em destaque as informações fornecidas pela análise.

Elaboração dos itens do questionário

Para elaborar os itens do questionário, foram utilizados os critérios pressupostos por Pasquali (1998): critério comportamental; de objetividade ou de desejabilidade; de simplicidade; de clareza; da relevância; de precisão; da variedade; da modalidade; de tipicidade; e de credibilidade.

Para maximizar a validade do conteúdo, o questionário foi construído em torno das categorias e subcategorias temáticas e das principais questões levantadas nos artigos selecionados pela análise do conteúdo.

Após a elaboração e a revisão pelos autores e, posteriormente, pelos pós-graduandos do curso de Mestrado (AMARAL, 2009), de diferentes áreas da saúde ou de áreas afins (gestão pública e segurança do trabalho), um dos pressupostos foi de que os questionários pudessem ser aplicados em instituições públicas, privadas ou filantrópicas e ao pessoal de saúde de todos os níveis de escolaridade, técnico e/ou hierárquico da unidade de saúde.

Na etapa final, foi realizada a análise teórica dos itens. Esta análise tem como fundamento as recomendações de Pasquali (1998), é realizada por avaliadores ou juízes (*referees*) e pode ser de dois tipos: análise semântica (compreensão dos itens) e análise sobre a pertinência dos itens. A análise teórica dos itens dos questionários foi realizada por sete (7) avaliadoras *ad hoc* de sete instituições do Brasil, localizadas em Florianópolis (SC), Maceió (AL), Porto Velho (RO), Recife (PE), Salvador (BA), São João Batista (SC) e São Paulo (SP), com diferentes formações acadêmicas (3 médicas, 3 enfermeiras e 1 bióloga) e com atuação em setores de serviços de saúde vinculados à proteção do profissional de saúde, ao controle de infecção hospitalar, à pesquisa ou à área administrativa afim destes serviços (AMARAL, 2009). Para isso, após prévio contato telefônico, as avaliadoras receberam carta e mensagem eletrônica, ambas com os questionários propostos anexos e com instruções sobre o roteiro de avaliação para cada uma das perguntas ou partes do questionário (institucional e pessoal de saúde), além da solicitação de que correções, sugestões ou propostas de adendos fossem descritas no próprio questionário, com fonte de cor vermelha, e este devolvido como anexo de mensagem eletrônica (AMARAL, 2009).

Este estudo, como também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aprovado através do Parecer/Resolução Aditiva nº 159/2007, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (Salvador, BA), da Universidade Federal da Bahia, credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A análise dos resultados foi descritiva, pela apresentação das frequências absoluta e relativa dos resultados quantitativos.

Resultados

Na pesquisa sistemática da literatura, após aplicar as estratégias de busca dos artigos nos bancos de dados Medline (de 1966 a 4/3/2008), Scopus (de 2004 a 4/3/2008) e Lilacs (de 1982 a 4/3/2008), foram encontrados 557 artigos em periódicos nacionais e internacionais, mas todos estes foram publicados a partir do ano de 1986.

Nos 557 artigos pré-selecionados, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 119 (21,3%) e destes foram localizados 111 (19,9%). Porém, após impressão e leitura, ainda foram excluídos 20 artigos (duplicatas, editoriais ou recomendações genéricas de serviço), restando 91 (16,3%) artigos como amostra final. Portanto, foram excluídos 82,8% (461/557) dos artigos pré-selecionados. Entre os 91 artigos selecionados,

só seis (6,6%) eram nacionais e publicados em periódicos brasileiros.

Pela análise de conteúdo, dos 91 títulos dos artigos selecionados, foram obtidos 24 índices. A **Tabela 1** apresenta os índices selecionados e a proporcionalidade em relação aos títulos dos artigos após a etapa de codificação. Entre as palavras repetidas, exposição e sangue foram as mais frequentes, respectivamente, em 42,8% e 29,7% das publicações selecionadas (**Tabela 1**).

A partir da repetição de frequências dos índices (**Tabela 1**), foram definidas 7 categorias e 21 subcategorias, apresentadas no **Quadro 1**. Concluídas estas fases preliminares, foram elaborados dois questionários, institucional e aquele a ser aplicado ao pessoal de saúde da instituição, ambos com o total de 117 questões. Isto após a análise e discussão de cada sugestão recebida das sete avaliadoras.

Tabela 1 Frequência de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados

<i>Índices (ocorrência das palavras)</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>(%)</i>
Acidente	9	9,9
Conhecimentos, atitudes e prática	9	9,9
Dispositivos	1	1,1
Diretrizes	2	2,2
Exposição	39	42,8
EPI	1	1,1
Fluidos; líquidos corporais; material biológico	14	15,4
Gestão	8	8,8
Infecção de origem sanguínea	12	13,2
Imunização	2	2,2
Lesão/ferimento	25	27,5
Mucocutânea	1	1,1
Orientações	1	1,1
Percutânea	11	12,1
Pós-exposição	1	1,1
Prevenção	4	4,4
Precaução	2	2,2
Precaução universal	4	4,4
Proteção	1	1,1
Riscos	13	14,3
Sangue	27	29,7
Subnotificação	3	3,3
Vigilância	3	3,3

Quadro 1 Categorias e subcategorias temáticas

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
1. Saúde do trabalhador	1.1 Riscos 1.2 Exposição 1.3 Experiência Profissional
2. Infecções transmitidas pelo sangue, e fluidos corporais	2.1 Conhecimentos sobre o HIV e os vírus das hepatites B e C. 2.2 Outros
3. Precauções padrão	3.1 Conhecimentos, atitudes e prática 3.2 Práticas de manipulação 3.3 Recomendações específicas
4. Exposição ocupacional	4.1 História de exposição mucocutânea e lesão percutânea. 4.2 Circunstância envolvendo a exposição 4.3 Equipamentos de Proteção Individual (EPI) 4.4 Objetos perfurocortantes 4.5 Variedades de dispositivos 4.6 Número de horas trabalhadas
5. Profilaxia pós-exposição	5.1 Procedimentos recomendados 5.2 Imunização
6. Notificação	6.1 Medidas adotadas após relato da exposição 6.2 Ficha de notificação SINAN 6.3 Formulário Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)
7. Políticas de prevenção	7.1 Antecedentes educativos do profissional 7.2 Gestão dos riscos

O questionário institucional (**Apêndice 1**), a ser respondido pelo gestor principal, tem 35 questões, enquanto o destinado ao pessoal de saúde (**Apêndice 2**) tem 82 questões. Ambos os questionários foram dispostos por blocos em torno das categorias e das subcategorias temáticas investigadas. A maioria das perguntas, em ambos os questionários, foi elaborada com o formato fechado, com várias respostas ou alternativas possíveis, e o conteúdo destas perguntas abordava aspectos sobre: padrões de ação, procedimentos ou condutas; comportamentos, presentes ou passados, relacionados às práticas técnicas, crenças, sentimentos ou orientações; e razões conscientes concernentes a crenças, sentimentos, orientações ou comportamentos.

Nos 91 artigos, o questionário foi o instrumento utilizado para coleta de dados junto ao pessoal de saúde em 58 (63,7%) publicações selecionadas, mas em apenas 1 (1,7%) delas houve a prévia validação do instrumento. Nos seis artigos nacionais, 2 (33,3%) utilizaram questionário, igualmente não validados.

No total dos artigos, só 12 (13,2%) descreveram os critérios utilizados para elaboração do questionário utilizado na investigação; e 4 (4,4%) das publicações selecionadas referiram a revisão de literatura como fonte para elaboração do questionário aplicado à coleta dos dados. O uso combinado das duas metodologias (quantitativa e qualitativa) foi utilizado por 1 (1,1%) artigo dos trabalhos selecionados.

Discussão

As três bases de dados pesquisadas (Medline, Scopus e Lilacs) compreendem a literatura científica e técnica relativa às ciências da saúde em geral e cobrem a quase totalidade das revistas indexadas em todo o mundo³. Por conta da ampla heterogeneidade dos periódicos, é essencial a pesquisa bibliográfica de modo sistemático e a observação dos critérios de inclusão e de exclusão pré-estabelecidos. Dessa forma, há maior possibilidade da exclusão dos artigos, na fase de pré-seleção, de muitos trabalhos sem nexo direto com o objetivo do estudo proposto, como também aqueles escritos em línguas de mais difícil acesso aos autores (e.g., mandarim, polonesa, dinamarquesa, entre outras).

Mesmo assim, chama à atenção a exclusão de 82,8% dos artigos pré-selecionados. No entanto, taxas semelhantes foram assinaladas em outros estudos de análise secundária de dados da literatura revisados por Amaral (2009), e isto reforça a necessidade da busca bibliográfica sistemática, do contrário, torna a pesquisa inexecutável por conta do grande número de publicações sobre assuntos afins ou conteúdos que não contemplam o objetivo do estudo em desenvolvimento.

Não obstante, a limitação de acesso às publicações escritas em línguas não incluídas introduz o viés de seleção e isso pode ser a causa de falsas inferências ou interpretações. Contudo, neste trabalho, os 91 artigos incluídos (AMARAL, 2009), tanto os nacionais, como os internacionais, foram publicados nos periódicos de maior impacto na área estudada. Portanto, é suposto

³ BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Literatura Científica e Técnica. Ciências da Saúde em Geral. Disponível em: < <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107> >. Acesso em: 15 jan. 2009.

que os 91 artigos sejam representativos sobre o conhecimento estudado neste trabalho e expressem o estado da arte no hemisfério ocidental.

Na análise de conteúdo dos 91 artigos selecionados, foram feitas inferências e realizadas interpretações para elaboração dos itens do questionário com base nos resultados alcançados no estudo e na fundamentação teórica (AMARAL, 2009). Nesta análise, foram seguidas orientações de Pasquali (1998), Minayo (2007) e Bardin (2008).

É importante notar que no processo de elaboração desses tipos de instrumentos, anexos deste trabalho, os itens não são inseridos de modo aleatório, mas em acordo com as definições operacionais do construto, após exaustiva análise dos fundamentos teóricos, e com as evidências (dados) empíricas disponíveis na literatura, conforme as recomendações de Pasquali (1998).

Sendo assim, com o desmembramento dos títulos dos artigos em unidades e após a realização da análise quantitativa sistemática para identificar a frequência relativa e absoluta do tema escolhido, a proporcionalidade e as frequências dos índices, foram definidas as 7 categorias e as 21 subcategorias temáticas, fonte principal para a elaboração dos itens dos 2 questionários propostos (AMARAL, 2009).

O questionário de avaliação institucional destinado ao gestor tem como propósito conhecer os protocolos de prevenção da instituição à exposição a material biológico em relação a: medidas de prevenção e gerenciais; treinamento e educação; controle médico e registro; e vigilância. Concomitantemente, o questionário destinado ao pessoal de saúde possibilita a análise de características pessoais, aptidões, potencialidades e talentos, tendo sido as questões reunidas por grupos temáticos seguindo as categorias selecionadas para melhor fluxo no preenchimento do instrumento. Todavia, para o pessoal de saúde com formação elementar, há necessidade de que o instrumento seja preenchido sob supervisão e, para isso, foi proposto que no estudo-piloto os procedimentos operacionais necessários sejam adequadamente avaliados com vistas à redução do viés de observação (AMARAL, 2009).

A avaliação da validade interna, realizada pelas avaliadoras *ad hoc*, através da análise teórica dos itens, é considerada por Pasquali (1998) como etapa anterior dos estudos piloto e de validação, visto que as avaliadoras fazem parte da população-alvo com maior habilidade e treinamento; e, desta forma, há maiores garantias de alcançar a validade aparente do instrumento. No entanto, esta análise trata-se de uma avaliação superficial e não deve ser usada como critério isolado ou como substituto dos estudos-piloto e de validação, inclusive porque este tipo de validação interna não confere propriedades de medida (PASQUALI, 1998).

Por isso, no estudo-piloto proposto, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, estes instrumentos deverão ser preliminarmente reavaliados, com a inclusão na amostra, a ser pesquisada, de instituições e de pessoas procedentes de mais ampla área territorial do Brasil.

A relevância de estudos desta natureza é porque no Brasil não há instrumentos validados com o propósito de avaliar os riscos de exposição a material biológico ou os impactos das medidas de prevenção e de controle. Sem a adequada coleta de dados, não há informação para planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações por parte dos gestores de unidades de saúde e das entidades que resguardam os direitos dos trabalhadores (AMARAL, 2009). Contudo, paradoxalmente, há excesso de normas ou legislações específicas, como apresentado na publicação do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde em *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*, em que estão as bases legais para as ações de saúde do trabalhador no sentido de cumprir a determinação constitucional de dar atenção à saúde do trabalhador, ao atendimento dos princípios de universalidade, à equidade, à integralidade e ao controle social que regem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). Aliado a este quadro, as instituições formadoras ainda têm conteúdos curriculares, teóricos ou práticos sem a devida valorização dos métodos e meios voltados à biossegurança de alunos, docentes, profissionais de saúde, pacientes, entre outros. A biossegurança não se resume somente a normas de prevenção e controle; a sua dimensão científica requer das pessoas uma formação educacional adequada à compreensão e à execução desses objetivos (DE BONIS; COSTA, 2008). Por sua vez, dos 85 artigos selecionados, publicados em periódicos internacionais, bem como dos seis artigos nacionais, apenas um artigo utilizou instrumento validado. Portanto, neste contexto, há muitas perspectivas de estudos que visem estabelecer indicadores e instrumentos de avaliação sobre a qualidade das medidas de controle e de prevenção, até porque, como agravante dessa situação, especialmente no Brasil, há um aparente descompasso entre a qualidade e a quantidade dos dados disponíveis, e das medidas de avaliação sobre a exposição ocupacional a material biológico.

Conclusão

A avaliação dos aspectos relacionados à organização do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador tem sido objeto de estudos mediante uso de formulários e questionários. O uso destes instrumentos permite a obtenção de informações acerca de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos do público-alvo.

Na pesquisa sistemática da literatura, realizada neste estudo, não foi identificado instrumento validado para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico; portanto, acentua-se a importância no desenvolvimento deste tipo de instrumento, a ser aplicado tanto na investigação científica, como nas unidades de saúde, como uma ferramenta de gestão. Os dois questionários que foram desenvolvidos e estão sendo propostos, quando validados, permitirão avaliar os aspectos associados ao tema desta investigação, bem como fornecer dados à elaboração, à implantação e ao monitoramento de práticas profissionais e de gestão.

Referências

- ALMEIDA, M. J. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 3, n. 4, 1999. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf> >. Acesso em: 23 jan. 2009.
- AMARAL, P. M. *Exposição ocupacional a material biológico: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde*. 2009. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho)-Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BOYNTON, P. M.; GREENHALGH, T. Hands-on guide to questionnaire research. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, v. 328, p. 1312-1315, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2005.
- DE BONIS, M; COSTA, M. A. F. *Educação em biossegurança e bioética: articulação necessária em biotecnologia*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2796>. Acesso em: 16 mai. 2009.
- FIGUEIREDO, G. C.; TAVARES-NETO, J. Estruturação de um banco de dados para análise secundária de informações em relatos ou série de casos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, São Paulo, v. 36, p. 407-411, 2001.
- HEARST, N. et al. Pesquisa com dados existentes: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. Uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 225-244.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 9-29
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição Especial.

Apêndice 1 Questionário - Instituição

Exposição ocupacional a material biológico: conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde Responsável: gestor principal da instituição

<i>Dados gerais e institucionais</i>
1) Data ____/____/____
2) Nº questionário: _____
3) Instituição (codificação posterior):
4) Endereço (codificação posterior):.....
5) Complemento:..... Nº.....
6) Bairro:..... CEP (codificação posterior):.....
7) Cidade:..... Estado (codificação posterior):.....
8) Telefone: ()..... Fax: ().....
9) Endereço eletrônico:.....
10) Qual a natureza jurídica da instituição? (1. Administração direta; 2. Fundação; 3. Autarquia; 4. Empresa; 5. Organização Social Pública; 6. Economia Mista; 7. Cooperativa; 8. Filantrópica; 9. Outra; 99. Não informado).
• Se outra, qual?.....
11) Qual o critério utilizado pela instituição para ocupar o cargo de gestor principal? (1. Nomeação por indicação; 2. Nomeação por critérios técnicos; 3. Concurso; 4. Processo eleitoral; 5. Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?.....
12) Qual a duração do mandato do gestor desta instituição, em anos..... (99. Não informado)
13) Existe algum pré-requisito para ocupar o cargo de diretor? (0. Nenhum pré-requisito; 1. Formação acadêmica; 2. Experiência profissional; 3. Rede de contatos; 4. Mais de um pré-requisito; 9. Não registrado)
• Se mais de um, quais?.....
14) Você recebeu alguma capacitação/treinamento específica para ocupar o cargo? (0. Não; 1. Administração Hospitalar; 2. Gestão em Serviços de Saúde; 3. Gestão Empresarial; 4. Gestão de Recursos Humanos; 5. Outros; 6. Mais de um; 9. Não registrado)
• Se mais de um, ou outros, quais?.....
15) Qual o vínculo empregatício da maioria do pessoal de saúde da instituição? (0. Empregado não-registrado; 1. Empregado registrado; 2. Servidor público; 3. Autônomo; 4. Trabalho temporário; 5. Cooperativado; 6. Mais de um vínculo; 9. Não informado)
• Se mais de um, quais?.....
16) É realizado exame admissional para todos os funcionários desta instituição? (0. Não; 1. Sim; 9. Não registrado)
• Equipe médica
• Equipe de enfermagem
• Bioquímico/Farmacêutico
• Fisioterapeuta
• Fonoaudiólogo

• Odontólogo
• Técnicos e auxiliares de enfermagem e laboratório;
• Serviços gerais: Limpeza, lavanderia;
• Outros, quais?
17) O programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) está implantado nesta instituição? (0. Não; 1. Sim; 9. Não registrado)
• Através da execução e do acompanhamento dos resultados dos exames médicos obrigatórios;
• Realização de exames periódicos;
• Realização de exames de mudanças de função e retorno ao trabalho;
• Através da prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho;
• Estabelecimento equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros;
• Outros, quais?
18) Qual a periodicidade dos treinamentos para o pessoal de saúde desta instituição? (0. Não tem; 1. Não tem periodicidade certa; 2. Anual; 3. Semestral; 4. Trimestral; 5. Mensal; 9. Não registrado)
19) Quantos equipamentos de proteção individual (EPI) são disponibilizados para cada profissional? (0. Não disponibilizado; 1. De acordo com a necessidade do profissional; 2. Luvas, aventais, gorros, óculos – de acordo com o risco; 3. Luvas, aventais, gorros, óculos – em quase todos os procedimentos; 4. Luvas, aventais, gorros, óculos – em todos os procedimentos; 9. Não registrado).
20) Em caso de exposição a material biológico, quais as cinco (5) principais condutas estabelecidas por esta instituição? (00. Se não houver conduta estabelecida; 99. Não informado)
•
•
•
•
•
21) Em caso de exposição a material biológico, esta instituição possui profilaxia pós-exposição (PPE)? (0. Não; 1. Sim; 9. Não registrado)
• Imunização
• Aconselhamento/ Teste rápido para anti-HIV;
• Medicação antirretroviral / acompanhamento;
• Encaminha para Hospital/ Centro de Referência;
22) A vigilância de acidentes com material biológico está implantada nesta instituição? (0. Não está implantada na instituição; 1. Está em fase de implantação; 2. Está implantada há menos de 12 meses; 3. Foi implantada há mais de 12 meses; 9. Não registrado)
23) Qual o setor responsável pela notificação dos acidentes com material biológico? (0. Não há setor específico; 1. Setor de enfermagem; 2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); 3. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); 4. Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou clínica; 9. Não registrado)
24) Qual o fluxo da informação (ficha de notificação dos acidentes com material biológico) estabelecido pela instituição? (0. Não há fluxo estabelecido; 1. Setor de enfermagem; Centro Municipal de Saúde; Coord. de Programas de Epidemiologia; Secretaria Estadual; 2. CCIH ou SCIH; Centro Municipal de Saúde; Coord. de Programas de Epidemiologia; Secretaria Estadual; Ministério da Saúde; 3. Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou clínica; Centro Municipal de Saúde; Coord. de Programas de Epidemiologia; Secretaria Estadual; Ministério da Saúde; 9. Não registrado)
25) Qual a periodicidade dos informes e/ou boletins epidemiológicos divulgados para o pessoal de saúde? (0. Não produzimos informes, nem boletins epidemiológicos; 1. Anual; 2. Semestral; 3. Trimestral; 4. Bimensal; 5. Mensal; 6. Quinzenal; 7. Semanal; 8. Boletim diário via site da instituição ou diário por outro veículo; 9. Não informado)
26) Tem cópias desses exemplares para nos disponibilizar? (0. Não temos cópias disponíveis; 1. Estão disponíveis em cada setor da instituição; 2. As informações estão afixadas no mural da recepção; 3. Estão disponíveis no site da instituição; 9. Não informado)

27) Qual(is) a(s) política(s) de prevenção da instituição? (0. Não; 1. Sim; 9. Não registrado)
• Treinamentos /acompanhamento / educação continuada
• Reuniões mensais com toda equipe
• Supervisões semanais
• Relatórios / retroalimentação
28) A instituição tem site? (0. Não; 1. Sim; 9. Não realizado).....
• Qual?.....
29) Para você, qual a avaliação do site sobre os assuntos abaixo relacionados: (0. Não tem; 1. Desatualizado; 2. Pouca informação; 3. Presente, mais de difícil compreensão; 4. Presente e de fácil compreensão; 5. Atualizado; 6. Atualizado, mais de difícil compreensão; 7. Atualizado e de fácil compreensão; 9. Não registrado)
• Exame admissional;
• Controle da saúde ocupacional;
• Treinamentos para o pessoal da área de saúde;
• Protocolos de prevenção de acidentes;
• Medidas de prevenção;
• Segurança do trabalho;
• Estatísticas sobre acidentes;
• Unidades e hospitais de referência para acidentes com material biológico;
• Profilaxia pré e pós-exposição;
• Doenças transmitidas pelo sangue e fluidos corporais;
• Precauções universais;
• Vigilância de acidentes com material biológico
• Notificação / fluxo de informação
30) Número de funcionários (999. Não disponível)
• Médicos = _____
• Médicos cirurgiões = _____
• Técnicos de instrumentação cirúrgica = _____
• Enfermeiros = _____
• Técnicos de enfermagem = _____
• Auxiliar de enfermagem = _____
• Dentistas = _____
• Auxiliar de dentista = _____
• Fisioterapeuta = _____
• Serviços gerais = _____
• Lavanderia = _____
• Recepção = _____
• Outros, quais e quantos? _____
31) Observações gerais sobre exposição a material biológico:
.....
.....
.....
.....

Apêndice 2 Questionário pessoal de saúde

Exposição ocupacional a material biológico: conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde

<i>Dados gerais</i>
1) Data: ____/____/____
2) Nº questionário: _____
3) Instituição (codificação posterior):
<i>Perfil profissional</i>
4) Gênero..... (0. Feminino; 1. Masculino; 9. Não registrado)
5) Idade, em anos..... (999- não registrado)
6) Estado civil..... (0. solteiro; 1. casado; 2. divorciado, separado; 3. viúvo; 9. Não registrado)
7) Categoria profissional: (99. Não informado)
8) Tempo de serviço..... (00. Se < 12meses; 99. Não informado)
9) Situação nesta unidade de saúde..... (0. Empregado não registrado; 1. Trabalho temporário; 2. Autônomo; 3. Empregado registrado; 4. Cooperativado; 5. Servidor público; 9. Não informado)
10) Turno de trabalho nesta instituição (0. Não; 1. Sim; 9. Não registrado)
• Matutino
• Vespertino
• Noturno
• Se trabalhar também em outra instituição, informar o nº de turno(s).....
11) Carga horária, média diária de trabalho nesta instituição..... (99. Não registrado)
• Se trabalhar também em outra(s) instituição(ões), informar a carga horária total.....
12) Escolaridade (0. Analfabeto; 1. Primário ou 1º grau incompleto; 2. Primário ou 1º grau completo; 3. Secundário ou 2º grau incompleto; 4. Secundário ou 2º grau completo; 5. Técnico incompleto; 6. Técnico completo; 7. Superior incompleto; 8. Superior completo; 9. Não registrado)
13) Número de anos de estudo, inclusive se houver pós-graduação (99. Não registrado)
14) Frequência de pausa durante o trabalho (0. Não faz pausa; 1. Uma por turno; 2. Quando cansado; 3. Entre cada paciente; 9. Não registrado)
15) Quantos cursos de atualização você fez nos últimos dois anos? (9. Não registrado)
16) Quantos cursos sobre biossegurança você fez nos últimos dois anos? (9. Não registrado)
<i>Saúde do trabalhador</i>
17) Você faz seus exames preventivos com que periodicidade? (0. Não faz; 1. Sem regularidade; 2. Bianual; 3. Anual; 4. Cada seis meses; 9. Não informado)
• Avaliação clínica
• Exames laboratoriais (hemograma, glicemia, urina, colesterol, triglicérides, TGO, TGP)
• Citologia oncótica (Papanicolau) para mulheres
• Mamografia para mulheres
• Exame de próstata para homens

18) Nos últimos 12 meses, quantos dias de férias você desfrutou? (00. Não teve; 99. Não informado)
19) Quais os riscos presentes no seu ambiente de trabalho? (0. Não; 1. Sim; 2. Não sabe informar; 9. Não informado)
• Força; repetitividade; postura inadequada
• Sangue; urina; fezes
• Barulho; temperaturas extremas
• Gases; vapores, poeira
• Outros _____
20) Qual o risco de você ficar exposto a sangue e/ou fluidos corporais no seu ambiente de trabalho? (0. Nenhum; 1. Baixo; 2. Médio; 3. Elevado; 8. Não sabe informar; 9. Não registrado)
21) Quantos acidentes resultantes de exposição a material biológico você sofreu na sua vida profissional? (0. Nenhum; 98. Não lembro; 99. Não informado)
22) Nos últimos 30 dias, você foi acometido, quantas vezes, por exposição a material biológico? (0. Nenhuma; 99. Não informado)
23) Quantas pessoas da sua equipe já sofreram exposição a material biológico nos últimos 30 dias? (00. Nenhuma; 99. Não informado)
24) Quantos treinamentos você recebeu para executar seu trabalho atual? (00. Nenhum; 99. Não informado)
25) Você observa a presença de objetos cortantes ou perfurantes (agulhas, bisturis, vidro etc.) no lixo normal (resíduos comuns)? (0. Não; 1. Raramente (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
26) Você considera a coleta de lixo e a limpeza da sua instituição adequadas? (0. Não; 1. Um pouco (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-95%); 5. Sempre (96-100%); 9. Não informado)
<i>Infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais</i>
27) Quais das infecções abaixo citadas são transmitidas frequentemente pelo sangue e/ou fluidos corporais? (0. Não; 1. Sim; 8. Não sei informar; 9. Não informado)
• Tuberculose
• Câncer
• Malária
• Sífilis
• Asma
• Doença de chagas
• Cólera
• Hipertensão arterial
• HTLV
• HIV
• Hepatites
• Infecção intestinal
28) Quais são as outras formas de infecção por agentes biológicos transmitidos pelo sangue e/ou fluidos orgânicos? (0. Não; 1. Sim; 8. Não sei informar; 9. Não informado)
• Relação sexual sem uso de preservativo
• Uso de drogas injetáveis, compartilhando agulhas e seringas.
• Transfusão de sangue não testado.
• De mãe para filho (durante a gravidez ou no parto)
• Tatuagem com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas.

29) Você sabe quais são os fluidos corporais com risco de transmissão dos vírus HIV e das hepatites? (0. Não; 1. Sim; 9. Não sabe)
• Sangue e seus produtos;
• Sêmen, secreção vaginal;
• Suor, fezes, urina, escarro;
• Saliva;
• Leite materno;
• Líquido céfalo-raquiano (Líquor); líquido pleural, pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico;
• Qualquer fluido corporal visivelmente contaminado por sangue.
30) Quais as formas de transmissão do vírus do HIV que você conhece? (0. Não; 1. Sim; 9. Não informado)
• Sangue
• Contato sexual
• Fluidos corporais
• Suor, beijo e contato físico
• Doação de sangue
• Transfusão de sangue
• Tosse, espirro
• Da mãe para o filho durante gravidez, parto ou amamentação;
• Picada de insetos
• Compartilhando seringas, agulhas para o uso de drogas injetáveis;
• Realizando tatuagens e maquiagens definitivas com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas.
31) Quais as formas de transmissão do vírus das hepatites que você conhece? (0. Não; 1. Sim; 9. Não informado)
• Sangue;
• Contato sexual;
• Fluidos corporais;
• Suor, beijo e contato físico;
• Doando sangue;
• Transfusão de sangue;
• Tosse, espirro;
• Da mãe para o filho durante gravidez, parto ou amamentação;
• Picada de insetos;
• Compartilhando seringas, agulhas para o uso de drogas injetáveis;
• Realizando tatuagens e maquiagens definitivas com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas.
32) Nos últimos 30 dias, com que frequência você entrou em contato com pacientes que têm HIV ou hepatite B? (0. Nunca entrei em contato; 1. Não entrei em contato; 3. Diariamente; 4. Semanalmente; 5. Considero todo e qualquer paciente como potencialmente infectado por esses agentes; 9. Não registrado)
33) No local onde você trabalha, há risco de contrair HIV / hepatite B? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 5. Não sei avaliar; 9. Não registrado)
34) O profissional de saúde soropositivo (HIV e/ou hepatite B) pode transmitir a infecção para seu paciente? (0. Não há risco; 1. Risco zero de transmissão é impossível; 2. Risco extremamente baixo; 3. Somente em procedimentos invasivos; 4. Depende da especialidade do profissional; 5. Não sei; 9. Não registrado)
35) Qual o risco de um profissional manipular artigos, roupas, lixo e superfícies contaminadas? (0. Não há risco; 1. Risco zero de transmissão é impossível; 2. Risco extremamente baixo; 3. Só existe risco em procedimentos invasivos; 4. Depende da especialidade do profissional; 5. Não sei; 9. Não registrado)

<i>Precauções universais</i>
36) Como você define “precauções universais”? (0. Não sei definir; 1. Metodologia de abordagem; 2. Medidas de prevenção para evitar acidentes e contaminações; 3. Cuidados na reutilização de instrumentos; 4. Uso rotineiro de luvas, máscara, batas, óculos; 9. Não informado)
37) Nas reuniões do seu setor de trabalho são discutidas as medidas de prevenção de acidentes com material biológico? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
38) Indique quais os fatores que influenciam na escolha do vestuário de proteção (0. Não; 1. Sim; 9. Não informado)
• Lesão por inoculação anterior
• Experiência passada
• Educação e treinamento
• Exemplo dado pelos colegas
• Exemplo estabelecido pelo pessoal com mais tempo na instituição
• Paciente tem infecção viral de origem sanguínea
• Paciente suspeito de ter infecção viral de origem sanguínea
• Avaliação do risco baseado em julgamentos relacionados com estilo de vida, orientação sexual ou nacionalidade.
• Avaliação do risco da probabilidade de exposição a sangue e outros fluidos corporais.
• Quantidade de tempo disponível
• Luvas interferem na destreza
• Disponibilidade de vestuário de proteção
• Precauções universais são desnecessárias devido à baixa incidência de infecções de origem sanguínea.
39) Os coletores especiais para descarte de material perfurocortante estão instalados (0. Não há coletores especiais para descarte; 1. Existem, mas não estão instalados; 2. Instalados em pontos inadequados, longe do local de procedimento; 3. Em pontos inadequados, próximos ao local de procedimento; 4. Em pontos adequados, próximos ao local de procedimento; 9. Não informado).
40) O uso de luvas, óculos de proteção, avental, interferem nas suas habilidades com os pacientes? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
41) Você utiliza óculos de proteção, máscara e gorro em todos os procedimentos? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
42) Você descarta as luvas após cada procedimento? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
43) Você lava suas mãos após contato direto com cada paciente? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
<i>Exposição ocupacional</i>
44) Você avalia que problemas pessoais influenciam na sua rotina de trabalho? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
45) A exposição a material biológico acarreta transtorno na vida do profissional? (0. Não; 1. Acarreta transtorno pelo risco de contaminação; 2. Pela expectativa dos exames; 3. Reavaliação da profissão; 4. Revolta/medo; 5. Discriminação/Preconceito; 6. Receio de demissão; 7. Críticas dos colegas da equipe; 9. Não informado)
46) Para você, quais os fatores que mais contribuem para os acidentes de trabalho? (0. Insatisfação profissional; 1. Metas incompatíveis; 2. Ritmo de trabalho intenso; 3. Sobrecarga de trabalho; 4. Falta de treinamento; 5. Horas extras excessivas; 6. Mudança de função; 7. Acúmulo de função; 8. Falta de atualização; 9. Falta de equipamentos individuais e coletivos; 10. Sonolência; 11. Chefia sem preocupação com o ser humano; 12. Pouca importância aos valores éticos no trabalho; 13. Falta de políticas de prevenção; 99. Não informado)
• Se houver mais de um, quais?.....
47) Quantos acidentes você já sofreu envolvendo material perfurocortante? (00. Nenhum; 99. Não informado)
48) Quantos acidentes você já sofreu envolvendo respingos de sangue ou fluidos corporais? (00. Nenhum; 99. Não informado)

49) Nas situações abaixo, qual o risco de você ser infectado? (0. Nenhum; 1. Baixo; 2. Regular; 3. Médio; 4. Alto; 9. Não informado)
• Penetrar a pele com uma agulha com sangue
• Sangue de um paciente entra em contato com eczema aberto
• Respingo de fluidos corporais de uma paciente de alto risco toca seu olho
• Sangue de um paciente entra em contato com a pele intacta
• Um doente de alto risco (possivelmente contaminado com o vírus da imunodeficiência humana) tosse em seu rosto
50) Na sua instituição de trabalho você sempre relata qualquer acidente com material biológico? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
51) Qual a importância de localizar o paciente-fonte após exposição a material biológico? (0. Não; 1. Não sei; 2. Sim; 9. Não informado)
• Nenhuma
• Diminuir o risco de doença ocupacional;
• Conhecimento do estado sorológico;
• Indicação de quimioprofilaxia;
• Uso de EPI;
52) Só devemos usar equipamento de proteção individual quando há algum risco? (0. Não; 1. Uso quando há um risco elevado; 2. Uso quando há um risco teórico; 3. Uso independentemente do risco; 4. Uso habitualmente; 5. Uso quase sempre; 6. Nunca uso; 9. Não informado)
53) Após um incidente, você avalia o risco da situação? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
54) Quais os tipos de ferimentos perfurocortantes mais frequentes na sua equipe de trabalho? (0. Nenhum; 1. Agulha com lúmen (luz); 2. Agulha sem lúmen/maciça; 3. Intracath; 4. Vidros; 5. Lâmina/lanceta (qualquer tipo); 6. Outros; 9. Não informado)
• Outros, quais?
55) Quais as circunstâncias dos acidentes (0. Não; 1. Sim; 8. Não executo esse procedimento; 9. Não informado)
• Administração de medicação venosa
• Administração de medicação intramuscular
• Administração de medicação subcutânea
• Administração de medicação intradérmica
• Punção venosa/arterial para coleta de sangue
• Punção venosa/arterial não especificada
• Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo
• Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão etc...
• Setor de lavanderia
• Lavagem de material (quais?).....
• Manipulação de caixa com material perfurocortante
• Procedimento cirúrgico
• Procedimento odontológico
• Reescape de agulha
• Outros, quais?
<i>Profilaxia pós-exposição (PPE)</i>
56) Quais os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico? (0. Nada em especial; 1. Cuidados locais – lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea; 2. Após exposição em mucosas – lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica; 3. Recomendações específicas para imunização contra tétano; 4. Medidas de quimioprofilaxia; 5. Acompanhamento sorológico para hepatite e HIV; 9. Não informado).
• Se mais de um, quais?.....

57) Quantas doses da vacina contra hepatite B você já usou? (0. Não sou vacinado; 98. Não sei; 99. Não informado).
58) A imunização da hepatite B é eficaz por quanto tempo (em anos)? (0. Não sei; 97. Por um longo tempo da vida; 98. Por toda a vida; 99. Não informado)
59) Qual o risco de transmissão da hepatite B ao pessoal de saúde não imunizado e após exposição a material biológico: (0. Nenhum; 1. Baixo; 2. Médio; 3. Elevado; 8. Não sei; 9. Não informado)
60) Em caso de exposição a material biológico, a sua unidade de saúde possui insumos próprios de profilaxia pós-exposição (PPE) para hepatite B e HIV? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
61) Em caso de acidente, após avaliar o paciente-fonte e a gravidade ou o risco da exposição para HIV, em quantas horas depois deve-se iniciar a medicação antirretroviral? (0. Não sei; 98. A qualquer tempo; 99. Não informado)
62) Na dúvida da avaliação do risco da exposição para HIV, deve-se iniciar o esquema medicamentoso antirretroviral? (0. Não; 1. Deve ser feita avaliação criteriosa por especialistas; 2. Deve-se avaliar a história prévia e atual; 3. Primeiro realizar sorologia do acidentado; 4. Melhor começar a profilaxia e posteriormente reavaliar a manutenção ou a mudança do tratamento; 9. Não informado)
<i>Notificação</i>
63) Em caso de exposição percutânea/mucocutânea, quando você deve relatar? (0. Eu não sei; 1. Não importa quando; 2. Quando tiver tempo, mesmo que seja horas ou dias depois; 3. Imediatamente após o acidente; 9. Não informado)
64) A quem deve ser relatada uma exposição ocupacional a sangue e fluidos corporais? (0. Eu não sei; 1. Para os parentes em casa; 2. Aos colegas no local de trabalho; 3. Para o chefe imediato; 4. Para o Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 5. Para a Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 6. Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?
65) A ficha de notificação de acidentes com material biológico do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) é preenchida em qual setor? (0. Eu não sei; 1. Pela direção clínica; 2. Pelo setor de enfermagem; 3. Pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 4. Pela Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 5. Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?
66) O formulário específico de comunicação de acidentes de trabalho (CAT) é preenchido e encaminhado por qual setor? (0. Eu não sei; 1. Pela direção clínica; 2. Pelo setor de enfermagem; 3. Pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 4. Pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 5. Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?
67) Você sabe para onde são encaminhadas as fichas do Sinan e do CAT? (0. Eu não sei; 1. Ministério da Saúde; 2. Previdência Social; 3. CCIH; Vigilância Epidemiológica Municipal e Estadual; 4. Núcleo de Epidemiologia do Hospital; Secretaria Municipal e Estadual; 5. Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?
68) Qual a importância de registrar o acidente com material biológico? (0. Eu não sei; 1. Subsidiar as ações de prevenção adequadas; 2. Planejamento para capacitações; 3. Oferece subsídios para avaliação de situações de exposição; 4. Ações e intervenções baseadas no diagnóstico situacional; 9. Não informado)
69) Quais os fatores que contribuem e/ou determinam falhas no processo de notificação dos acidentes com material biológico? (0. Eu não sei; 1. Medo do risco de infecção; 2. Reavaliação da profissão; 3. Revolta/medo; 4. Discriminação/Preconceito; 5. Receio de demissão; 6. Críticas dos colegas da equipe; 9. Não informado)
70) Na instituição que você trabalha, está implantada a vigilância de acidentes com material biológico? (0. Não está implantada na instituição; 1. Esta em fase de implantação; 2. Está implantada há menos de 12 meses; 3. Foi implantada há mais de 12 meses; 8. Não sei informar ou desconheço do que se trata; 9. Não registrado)
71) Você recebeu algum treinamento para monitoramento das ações de vigilância de acidentes com material biológico? (0. Nenhum; 1. Não esta implantada na instituição; 2. Conheço apenas a ficha de notificação; 3. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE; 4. Capacitação pela Secretaria Municipal e Estadual; Outros; 9. Não informado)
• Se outros, quais?
72) Qual a periodicidade dos informes e/ou boletins epidemiológicos divulgados para o pessoal de saúde? (0. Nenhum; 1. Anual; 2. Semestral; 3. Trimestral; 4. Bimensal; 5. Mensal; 6. Quinzenal; 7. Semanal; 8. Boletim diário via site da instituição ou diário por outro veículo; 9. Não informado)

<i>Políticas de prevenção</i>
73) Quais os métodos utilizados pela instituição para a prevenção da exposição a material biológico? (0. Nenhum; 1. Treinamentos constantes para todo pessoal de saúde; 2. Vigilância de acidentes com material biológico; 3. Equipamentos de proteção individuais e coletivos; 4. Agulhas com dispositivo de segurança; 5. Coletores especiais para descarte de material perfurocortante; 6. Não informado)
74) Qual o número da norma regulamentadora (NR) que estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores de saúde. (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Não informado)
75) Qual o número da norma regulamentadora (NR) que estabelece a obrigatoriedade do programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO. (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Não informado)
76) Qual o número da norma regulamentadora (NR) que estabelece a obrigatoriedade do programa de prevenção de riscos ambientais – PPRA (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Não informado)
77) Cite quais os protocolos da instituição em caso de exposição a material biológico
78) Na sua instituição há discussão, palestras, cursos sobre exposição ocupacional a material biológico? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
79) Para você, a prevenção ajuda a combater estigmas e preconceitos relacionados à exposição ocupacional com material biológico? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
80) Você acha que a adoção de uma prática de educação e informação junto aos trabalhadores, em seus locais de trabalho, ajuda na prevenção de acidentes? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)
81) Tem outras informações?

Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil*

Jandira Pereira dos Santos¹

Airton Pozo de Mattos²

Illness absenteeism in the municipal administration of Porto Alegre, Brazil

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS.

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS.

* Trabalho apresentado no II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, realizado em Florianópolis, SC, de 11 a 14 de novembro de 2008; e no 9º Congresso de Stress da ISMA-BR (International Stress Management Association no Brasil), 11º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, 1º Encontro de Qualidade de Vida na Segurança Pública e 1º Encontro de Qualidade de Vida no Serviço Público, realizado em Porto Alegre, RS, de 23 a 25 de junho de 2009.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Jandira Pereira dos Santos intitulada *Absentismo-doença em uma prefeitura municipal do sul do Brasil*, apresentada em 2008 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Contato:

Jandira Pereira dos Santos

Rua Ingá, 60, Parque Florestal - Itapuã

CEP: 94 750-000 – Viamão, RS

E-mail:

jandirapsantos@yahoo.com.br

Recebido: 29/05/2009

Revisado: 08/12/2009

Aprovado: 17/12/2009

Resumo

Objetivo: O absentismo-doença é o principal motivo de afastamentos de servidores na Prefeitura de Porto Alegre, RS, Brasil. O objetivo deste estudo foi analisar as licenças para tratamento de saúde (LTS) concedidas a servidores da Prefeitura. **Metodologia:** As informações foram fornecidas pela Gerência de Saúde do Servidor Municipal (GSSM). Foram analisadas LTS ≥ 15 dias concedidas aos servidores no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005. **Resultados:** As LTS ≥ 15 dias concedidas no período somaram 14.779. Em 2004, foram concedidas 6.522 licenças a 1.963 servidores, a uma razão de 3,3 LTS por servidor; em 2005, a concessão foi de 8.257 LTS para 2.262 servidores, a uma razão de 3,6. Considerando uma significância de 5%, foi observada uma diferença entre as proporções de licenças ≥ 15 dias concedidas em 2004 e em 2005. No período, foram perdidos 311.721 dias de trabalho. A taxa de absentismo-doença foi de 3,9% em 2004 e de 3,7% em 2005. Os transtornos mentais foram as doenças que mais afastaram os servidores, com uma proporção de 39,59%. A secretaria com maior índice de absentismo-doença no período foi a Secretaria Municipal de Esportes. **Conclusão:** O conhecimento destes dados poderá permitir uma ação mais efetiva na prevenção e no controle do absentismo-doença com o intuito de diminuir as taxas encontradas.

Palavras-chave: absentismo-doença; saúde do trabalhador; servidor público; administração pública; saúde ocupacional.

Abstract

Objective: Absenteeism among civil servants of the municipality of Porto Alegre, southern Brazil, is mainly due to illness. The objective of this study was to assess sick leaves (SL) among municipal workers. **Methodology:** Information regarding SL was collected at the Health Management for Municipal Servants in the Municipal Department of Health in Porto Alegre. SL ≥ 15 days granted between January 1, 2004 and December 31, 2005 were analyzed. **Results:** A total of 14,779 SL ≥ 15 days were granted in the period. In 2004, 1,963 workers received 6,522 SL, at a ratio of 3.3 SL per worker; in 2005, 2,262 workers were granted 8,257 SL, at a ratio of 3.6. Considering a significance of 5%, a difference was observed between the ratios of SL ≥ 15 days granted in 2004 and in 2005. The number of lost work days amounted to 311,721. The rate of illness absenteeism among civil servants from the city administration of Porto Alegre was 3,9% in 2004 and 3.7% in 2005. Mental and behavioral disorders were the main causes for absenteeism (39.59%). The department with the highest sick leave rate in the period was the Sports Department. **Conclusion:** Knowledge of these data may contribute to more effective action in preventing and managing absenteeism, so as to decrease the observed rates.

Keywords: illness absenteeism; worker's health; civil servants; public management; occupational health.

Introdução

Saúde e trabalho são temas relacionados entre si: ambos fazem parte do ambiente no qual o trabalhador exerce sua atividade e passa a maior parte de sua vida. O trabalho ocupa um lugar importante na vida de qualquer pessoa e é através dele que o homem busca seu sustento, satisfação, valorização e realização como ser humano útil e provido de capacidade intelectual (DEJOURS, 1986; GUIMARÃES, 2005; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). A dinâmica dessas relações, o ritmo acelerado, a competitividade e a jornada excessiva de trabalho contribuem para a baixa autoestima, fadiga, estresse e adoecimento do trabalhador (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Mendes (1988) chama a atenção para a relação trabalho/ocupação como causa de doença. O mesmo autor afirma que a ocorrência dessas doenças em função do trabalho, seja pelo ambiente, pelo processo de produção ou, ainda, pela organização do trabalho, é evitável e propõe o envolvimento do setor de saúde no sentido de intervir para prevenir e controlar as causas das doenças relacionadas ao trabalho que podem levar o trabalhador à morte.

Os trabalhadores públicos, estatutários, civis e militares, denominados na Constituição de 1988 como “servidores”, somavam 5,9 milhões em 2006 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). No Brasil, a categoria de servidores públicos é um segmento social pouco conhecido, seja em nível municipal, estadual ou federal. Essa categoria forma um contingente de trabalhadores que atua diretamente na elaboração de projetos ou na execução de tarefas, que interferem de imediato na qualidade de vida do povo (DURAND; BELTRÃO, 1994).

França (1994) refere que o servidor é um trabalhador como outro qualquer e que a condição de trabalho do funcionário público em nada se diferencia da classe operária brasileira. A autora afirma que o suposto “privilegio” do servidor público, que muitos propagam, está restrito à estabilidade e ao fato de estar empregado.

O absentismo² ocupacional é um grande problema das organizações, sejam elas públicas ou privadas (DOMINGUES JÚNIOR, 2005). Caracteriza-se por falta ou ausência constante do empregado ao trabalho, falta de assiduidade, atraso por qualquer motivo, férias ou folgas (TENÓRIO; JORDANO, 1980; MALLADA, 2004; HURREL, 1998). Embora o absentismo ocupacional se deva a inúmeros fatores, o que mais afasta o trabalhador é o absentismo-doença.

O absentismo-doença está relacionado à incapacidade temporária, prolongada ou permanente, para trabalhar, resultante de doença ou indisposição. O trabalhador fica impedido de comparecer ao trabalho em função de

alguma doença ou acidente de ou no trabalho, normalmente comprovado mediante atestado médico (HURREL, 1998; FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO, 1997).

De acordo com dados levantados pela Câmara de Vereadores, através da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Alto Índice de Afastamento de Servidores Municipais por Biometria (CÂMARA DOS VEREADORES DE PORTO ALEGRE, 2006a), os índices de licenças para o tratamento de saúde (LTS) entre os trabalhadores municipais na Prefeitura Municipal de Porto Alegre são elevados. Assim, o objetivo da presente investigação foi estudar as LTS ≥ 15 dias, concedidas no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005.

Materiais e métodos

Este é um estudo epidemiológico transversal descritivo, realizado a partir de dados secundários fornecidos pela Gerência de Saúde do Servidor Municipal (GSSM). Para a análise dos dados, foram seguidas as recomendações do Subcomitê de Absentismo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho (QUICK; LAPERTOSA, 1982; GOMERO CUADRA; LLAP YESAN, 2004; COUTO, 1987; DANATRO, 1997; SILVA; MARZIALE, 2000). Os dados fornecidos foram organizados em planilha do Excel e exportados para o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.

Foram estudadas LTS concedidas a servidores da Prefeitura de Porto Alegre no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005 com duração ≥ 15 dias.

É importante observar que alguns dos departamentos incluídos nos dados de 2005 não constavam dos dados informados para 2004, por exemplo, Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU), Departamento Municipal de Habitação (DEM HAB), Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE), entre outros. Diante disso, nem todas as LTS ≥ 15 dias da Prefeitura de Porto Alegre foram analisadas. A Companhia Carris Porto-Alegrense (CARRIS), a Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC) e o Departamento Municipal de Previdência dos Servidores Públicos do Município (PREVIMPA) não constaram tanto em 2004, como em 2005. Além disso, nos dados fornecidos para o ano de 2004, não havia registro das doenças que deram origem às licenças, portanto, não foi possível verificar quais doenças afastaram os servidores.

Trabalhou-se com 248 dias úteis. Foram excluídos 104 dias, entre domingos, sábados e 13 feriados. As fórmulas utilizadas para calcular a taxa de absentismo-doença (Tad), o índice de frequência (If), o índice de gravidade (Ig) e a duração média das licenças (Dml) estão descritas abaixo:

² Quick e Lapertosa (1982) referem que o termo “absenteísmo” é usado como sinônimo de “absentismo”. Os autores afirmam que absenteísmo significa “abstencionismo”, “abstenção ao exercício do voto”. Neste estudo, usaremos o termo “absentismo” por entendermos ser este o termo correto.

$$Tad = \left(\frac{\text{total de dias de licença médica}}{\text{n}^\circ \text{ de servidores} \times \text{n}^\circ \text{ de dias úteis}} \right) \times 100 \quad If = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de licenças médicas}}{\text{n}^\circ \text{ de servidores}} \right) \times 100$$

$$Ig = \frac{\text{n}^\circ \text{ de dias de afastamento total}}{\text{n}^\circ \text{ de servidores}} \quad Dml = \frac{\text{n}^\circ \text{ de dias de afastamento total}}{\text{n}^\circ \text{ de licenças médicas}}$$

Foi calculada a razão de licenças por servidor no período, e considerada uma significância de 5% para verificar a presença de diferença significativa entre as proporções.

A pesquisa atendeu à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/BR, que normatiza a pesquisa com seres humanos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS.

Resultados

Foi possível observar que, no período estudado, foram concedidas licenças não motivadas por questões médicas. O acidente de trabalho, que não é um tipo de licença, chama a atenção, pois deu origem a 2.206 LTS no período do estudo. Estes casos não foram considerados na análise dos resultados.

As licenças por motivo de doenças e de menor duração somaram 44.804 e merecem ser investigadas em outro estudo.

Em 2004, as LTS ≥ 15 dias foram concedidas a 1.963 servidores, somando 6.522 licenças, uma razão de 3,3 LTS por servidor. Em 2005, as LTS concedidas a 2.262 servidores somaram 8.257 licenças a uma razão de 3,6 licenças por servidor.

Considerando uma significância de 5%, foi possível observar uma diferença entre as proporções de licenças ≥ 15 dias concedidas em 2004 e em 2005. O total de dias de afastamento no período foi de 311.713 dias.

Na **Tabela 1**, observa-se a Tad por secretaria em 2004. A Secretaria Municipal de Esportes (SME) foi o órgão com a maior Tad (5,5%), seguida da Secretaria Municipal de Cultura (SMC), com 5,2%. Das secreta-

Tabela 1 Indicadores de absentismo-doença considerando afastamentos ≥ 15 dias, na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS, em 2004

Órgão ¹	LTS ²	Nº de servidores	If ³	NDAFTOT ⁴	Ig ⁵	DML ⁶	Tad ⁷
SME	98	163	60,1	2 230	13,6	22,7	5,5
SMC	161	261	61,6	3 414	13,0	21,2	5,2
SMED	2 816	5060	55,6	60 442	11,9	21,4	4,8
SMOV	483	883	54,6	10 464	11,8	21,6	4,7
SMAM	364	678	53,6	7 826	11,5	21,5	4,6
SMIC	126	290	43,4	2 685	9,2	21,3	3,7
SMT	63	151	41,7	1 399	9,2	22,2	3,7
SMS	1 538	3 928	39,1	33 342	8,4	21,6	3,4
DEP	94	269	34,9	2 030	7,5	21,5	3,0
FASC	178	551	32,3	3 643	6,6	20,4	2,6
PGM	36	94	38,2	734	7,8	20,3	3,1
SMF	126	402	31,3	2 674	6,6	21,2	2,6
SMA	104	349	29,7	2 088	5,9	20,0	2,4
SPM	41	163	25,1	905	5,5	22,0	2,2
SMDHSU	152	609	24,9	3 337	5,4	21,9	2,2
GP	22	107	20,5	469	4,3	21,3	1,7
Outros Órgãos	120	150	0,8	131	0,8	1,09	0,3
Total	6 522	14 108	46,2	137 813	9,7	21,1	3,9

¹ Órgão: DEP: Departamento de Esgotos Pluviais; FASC: Fundação de Assistência Social e Cidadania; GP: Gabinete do Prefeito; PGM: Procuradoria Geral do Município; SMA: Secretaria Municipal de Administração; SMAM: Secretaria Municipal do Meio Ambiente; SMC: Secretaria Municipal de Cultura; SMDHSU: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana; SME: Secretaria Municipal de Esportes; SMED: Secretaria Municipal de Educação; SMF: Secretaria Municipal da Fazenda; SMIC: Secretaria Municipal da Indústria e Comércio; SMOV: Secretaria Municipal de Obras e Viação; SMS: Secretaria Municipal da Saúde; SPM: Secretaria de Planejamento Municipal; SMT: Secretaria Municipal do Turismo;

² LTS: licença para tratamento de saúde;

³ If: índice de frequência;

⁴ NDAFTOT: número de dias de afastamento total;

⁵ Ig: índice de gravidade;

⁶ DML: duração média das licenças;

⁷ Tad: taxa de absentismo-doença.

rias denominadas operacionais, conforme relatório da CPI das Biometrias, a que possui o maior índice de absentismo-doença é a Secretaria Municipal de Educação (SMED) com 4,8%, seguida pela Secretaria Municipal de Obras e Viação (SMOV) com 4,7%. A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) ocupa o oitavo lugar, com índice de absentismo-doença de 3,4%. O Gabinete do Prefeito (GP) é o órgão com o menor índice de absentismo-doença na Prefeitura em 2004.

A Tad na Prefeitura, tendo como base o número de servidores das secretarias estudadas em 2004 (14.108) e em função das LTS ≥ 15 dias, foi de 3,9%. O If de LTS foi de 46,2%. O número de dias de afastamento total, em 2004, foi de 137.813, o Ig foi de 9,7 e a DML foi de 21,1 dias.

Na **Tabela 2**, observa-se a Tad por secretaria no ano de 2005. A SME continua a apresentar a maior

taxa, porém com um percentual menor em relação a 2004 (5,0%). A SMED ocupa o segundo lugar em 2005, apresentando uma Tad de 4,8%, índice maior quando comparado a 2004. A SMC fica em terceiro lugar, com taxa de 4,7%, menor quando comparada à taxa de 2004. A SMS ocupa o oitavo lugar, com índice de absentismo-doença de 3,9%, maior quando comparado com 2004. A Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMCPGL), em 2005, foi a secretaria com o menor índice de absentismo-doença (0,7%).

A Tad na Prefeitura, tendo como base o número de servidores das secretarias estudadas em 2005 (18.579) e em função das LTS ≥ 15 dias, foi de 3,7%. O If de LTS foi de 44,4%. O número de dias de afastamento total, em 2005, foi de 173.908, o Ig foi de 9,3 e a DML foi de 21,0 dias.

Tabela 2 Indicadores de absentismo-doença por secretaria na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS, em 2005, considerando afastamentos ≥ 15 dias

Órgão ¹	LTS ²	Nº de servidores	If ³	NDAFTOT ⁴	Ig ⁵	DML ⁶	Tad ⁷
SME	84	157	53,5	1 959	12,4	23,3	5,0
SMED	2 944	5050	58,2	60 685	12,0	20,6	4,8
SMC	131	252	51,9	2 949	11,7	22,5	4,7
SMT	68	150	45,3	1 679	11,1	24,6	4,5
DEMHAB	202	439	46,0	4 751	10,8	23,5	4,3
DMLU	826	1 729	47,7	17 948	10,3	21,7	4,1
SMAM	327	657	49,7	7 005	10,6	21,4	4,2
SMS	1 753	3 831	45,7	37 193	9,7	21,2	3,9
SMOV	348	854	40,7	7 155	8,3	20,5	3,3
SMIC	105	283	37,1	2 090	7,3	19,9	2,9
FASC	202	547	36,9	4 174	7,6	20,6	3,0
SPM	57	158	36,0	1 154	7,3	20,2	2,9
SMDHSU	175	590	29,6	3 835	6,5	21,9	2,6
PGM	33	94	35,1	720	7,6	21,8	3,0
SMA	100	343	29,1	2 023	5,8	20,2	2,3
DMAE	634	2 383	26,6	13 825	5,8	21,8	2,3
SMF	103	402	25,6	2 312	5,7	22,4	2,3
DEP	70	268	26,1	1 419	5,2	20,2	2,1
SMGAE	13	100	13,0	268	2,6	20,6	1,0
Outros órgãos	62	150	41,3	396	2,6	6,3	1,0
GP	11	51	21,5	202	3,9	18,3	1,5
SMCPGL	09	91	9,8	166	1,8	18,4	0,7
Total	8 257	18 579	44,4	173 908	9,3	21,0	3,7

¹ Órgão: DEMHAB: Departamento Municipal de Habitação; DEP: Departamento de Esgotos Pluviais; DMAE: Departamento Municipal de Água e Esgoto; DMLU: Departamento Municipal de Limpeza Urbana; FASC: Fundação de Assistência Social e Cidadania; GP: Gabinete do Prefeito; PGM: Procuradoria Geral do Município; SMA: Secretaria Municipal de Administração; SMAM: Secretaria Municipal do Meio Ambiente; SMC: Secretaria Municipal de Cultura; SMCG: Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local; SMDHSU: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana; SMGAE: Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento Estratégico; SME: Secretaria Municipal de Esportes; SMED: Secretaria Municipal de Educação; SMF: Secretaria Municipal da Fazenda; SMIC: Secretaria Municipal da Indústria e Comércio; SMOV: Secretaria Municipal de Obras e Viação; SMS: Secretaria Municipal da Saúde; SPM: Secretaria de Planejamento Municipal; SMT: Secretaria Municipal do Turismo;

² LTS: licença para tratamento de saúde;

³ If: índice de frequência;

⁴ NDAFTOT: número de dias de afastamento total;

⁵ Ig: índice de gravidade;

⁶ DML: duração média das licenças;

⁷ Tad: taxa de absentismo-doença.

O DEMHAB é a autarquia que apresenta a maior Tad, com 4,3%, seguido pelo DMLU, com 4,1%, e pelo DMAE, com 2,3%. O Departamento de Esgotos Pluviais (DEP) é o departamento com a menor Tad (2,1%).

Na **Tabela 3**, é possível observar as LTS por categorias de doenças, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Dentre as doenças que mais afastaram os servidores, as de maiores proporções (39,59%) estiveram relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Nesta categoria, verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: episódios depressivos (F32 = 12,5%), transtorno afetivo bipolar (F31 = 8,1%), episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2 = 7,7%), transtorno depressivo recorrente (F33 = 7,6%) e transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de álcool (F10 = 4,7%).

Para as licenças vinculadas à categoria “fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (Z00-Z99), os diagnósticos mais frequentemente observados foram: convalescença após cirurgia (Z54.0 = 41,9%), convalescença (Z54 = 33,2%) e exame médico e consulta com finalidades administrativas (Z02 = 11,8%). No CID-10, esta categoria é utilizada quando não existe uma doença, trauma ou causa externa:

a pessoa, que não está doente, procura o serviço de saúde para receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo. (CID-10)

Para as licenças vinculadas à categoria “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00-M99), verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: dorsalgia (M54 = 16,1%), sinovite e tenossinovite (M65 = 11,0%) e cervicalgia (M54.2 = 5,4%).

Tabela 3 Distribuição dos diagnósticos (segundo CID-10) mais envolvidos nas licenças para tratamento de saúde em servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS, em 2005

<i>Categoria CID-10¹</i>	<i>Nº de LTS²</i>	<i>%</i>
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	3 255	39,45
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	1 266	15,34
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	820	9,93
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	390	4,73
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	369	4,47
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	272	3,30
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	172	2,10
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	168	2,03
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	118	1,42
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	110	1,33
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	108	1,30
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	79	0,95
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	66	0,80
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	65	0,79
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	26	0,31
CID Não Identificado	973	11,7
Total	8 257	100,00

¹CID-10: Classificação Internacional de Doenças;

²LTS: licença para tratamento de saúde.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar o absentismo-doença que afasta parte dos servidores da Prefeitura de Porto Alegre por 15 dias ou mais. No entanto, achamos importante evidenciar que outros tipos de licença responsáveis pelo afastamento de servidores atingiram um percentual de 28,6%. O total de licenças no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005 foi de 72.487. O total de dias de afastamento foi de 694.457. A LTS foi a licença que mais afastou os servidores no período, totalizando 59.583 licenças, um percentual de 82,19%.

O acidente de trabalho e o auxílio-doença foram registrados como tipos de licença. Tal registro, a nosso ver, é equivocado, pois, de acordo com a Lei Complementar nº 133 (PORTO ALEGRE, 1985), que determina as relações da Prefeitura com seus servidores, o auxílio-doença e o acidente de trabalho não são tipos de licença. Entende-se que ambos os eventos são registrados de forma equivocada, não por lacuna da lei, mas possivelmente por descuido, falta de entendimento da própria lei ou simplesmente negligência em registrar. Nossa convicção de que se trata de um registro equivocado foi o que embasou a decisão de deixar esses 2.206 registros fora da análise estatística.

A nosso entender, o registro dos eventos citados deveria ser apontado como LTS, com o respectivo código CID da doença que ocasionou o afastamento.

O acidente de trabalho causa o adoecimento do servidor e provoca o seu afastamento (LTS). O auxílio-doença ocorre quando o servidor é afastado por 15 dias ou mais em função de uma determinada doença. A defesa para que se registre a LTS juntamente com o respectivo código CID é no sentido de saber quais são as doenças que mais acometem o servidor e que tipo de moléstia foi gerada pelo acidente de ou no trabalho.

Alguns questionamentos que necessitam de resposta, porém não neste estudo, são os seguintes: Qual a duração dos afastamentos que têm o acidente de trabalho como causa? O acidente ocasionou invalidez? Quais as secretarias que apresentam esse evento com maior frequência? Quais as medidas que estão sendo tomadas para o enfrentamento do acidente de ou no trabalho? Tais reflexões são relevantes especialmente ao se considerar que o acidente de trabalho foi responsável por 2.206 afastamentos no período do estudo.

Outro aspecto a ser considerado é a predominância das LTS de curta e média duração. Tal fato não é surpresa, pois a literatura consultada aponta que as faltas ao trabalho variam entre 2 e 14 dias de afastamento (GUIMARÃES, 2005; GOMERO CUADRA; LLAP YESAN, 2004; DANATRO, 1997; SILVA; MARZIALE, 2000; ISOSAKI, 2003; REIS et al., 2003; NOGUEIRA, 1980). Essa constatação requer um novo estudo com o objetivo de conhecer melhor o fenômeno do adoecimento entre os servidores e as implicações das frequentes ausências na organização do trabalho.

O período de 2004/2005, para a realização do estudo, foi escolhido previamente e de forma intencional em função de contemplar o último ano de um governo e o início de outra administração, com orientações políticas diferentes. Os objetivos eram claros: 1) descartar qualquer uso da pesquisa em debates de cunho político-partidário, sem resultados práticos para o conjunto de servidores; 2) apontar, para o gestor que iniciava, um pouco da realidade sobre a saúde do servidor, subsidiando a tomada de decisões; e, finalmente, 3) estimular pesquisas junto aos trabalhadores públicos em todos os níveis de governo. A escolha das licenças \geq 15 dias foi em virtude do prejuízo que elas acarretam ao município no que diz respeito tanto ao numerário que o Instituto de Previdência deveria prover quando ocorre o afastamento, quanto ao adoecimento dos servidores que permanecem longos períodos afastados.

Para o controle e a prevenção do absentismo-doença, é preciso conhecer os fatores sociais, comportamentais e trabalhistas envolvidos, identificando-se a população-alvo para elaborar programas e propor estratégias de intervenção a fim de prevenir e controlar, de maneira eficaz, este fenômeno sociológico (MALLADA, 2004). São poucos os estudos relacionados à população de servidores públicos no Brasil (DURAND; BELTRÃO, 1994). Já em instituições hospitalares, sejam elas públicas ou privadas, pesquisas referentes ao absentismo-doença são realizadas normalmente (GUIMARÃES, 2005; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; SILVA; MARZIALE, 2000; ISOSAKI, 2003; REIS et al., 2003; ECHER et al., 1999; SILVEIRA; MONTEIRO, 2004; BARBOSA; SOLER, 2003).

No período estudado, foram analisadas 14.779 licenças de longa duração, distribuídas nas diversas secretarias da Prefeitura de Porto Alegre. As LTS foram solicitadas por 4.225 servidores. O total de dias de trabalho perdidos no período foi de 311.721, equivalendo a 1.256 anos de trabalho perdido ao se considerar 248 dias úteis. O número de trabalhadores que se afastaram por 15 dias ou mais representa 9,8% da mão de obra da Prefeitura, que possui, no período estudado, 42.768 servidores (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2006). Contando férias, licenças-prêmio, nojo, gala, LTS de menor duração, doação de sangue, entre outros tipos de licenças e autorizações particulares, é possível afirmar que a Prefeitura funciona com um efetivo extremamente reduzido. Essa redução de servidores traz consequências diversas ao funcionamento administrativo, técnico e operacional e tal fato terá reflexo direto na qualidade dos serviços prestados à população.

Em alguns casos observados, os afastamentos chegam a ser de um ano ou mais. Alguns autores referem que afastamentos de longa duração sugerem problemas de saúde de maior gravidade (GUIMARÃES, 2005; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

As organizações públicas apresentam maior quantidade de dias perdidos por absentismo-doença, bem como um período de afastamento maior do que as em-

presas privadas (MARTINS et al., 2005; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). Tal fato pode ocorrer em função: da falta de critérios para a análise de atestados fornecidos por profissionais não vinculados à instituição, da carência de pessoal para o atendimento da demanda e da falta de um serviço médico de qualidade que acompanhe o servidor durante sua vida funcional.

A estabilidade no emprego é um fator que deve ser considerado ao se analisar o fenômeno do absentismo-doença entre servidores públicos estatutários, pois os trabalhadores se sentem mais seguros ao se afastarem do trabalho (REIS et al., 2003).

Neste estudo, assim como em outros (CÂMARA DOS VEREADORES DE PORTO ALEGRE, 2006a; DANATRO, 1997; SILVA; MARZIALE, 2000; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2006; PORTO ALEGRE, 1985; NOGUEIRA, 1980; BRASIL, 2001), foi observado que as LTS ocorreram em maior número nos meses que correspondem ao inverno, com predominância do mês de agosto. A ocorrência maior de licenças no inverno pode ser em função do frio, com a instalação de doenças que se agravam em função das baixas temperaturas.

Taxas de absentismo-doença (Tad)

As Tad de 3,9% (2004) e 3,7% (2005) encontradas neste estudo não permitem definir uma taxa geral de absentismo-doença para a Prefeitura de Porto Alegre por dois motivos: 1) não foram consideradas as LTS inferiores a 15 dias; 2) nos dados fornecidos pela GSSM, não constaram todas as secretarias, departamentos e empresas que compõem a Prefeitura, como, por exemplo, o PREVIMPA, entre outros. É possível que a Tad resultasse maior se fossem computadas todas as ausências decorrentes de licenças médicas.

As taxas de absentismo-doença encontradas no estudo são consideradas altas quando comparadas com o índice aceito pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que é de 2,5%, porém, quando comparadas às taxas encontradas na literatura, são da mesma magnitude. É possível, portanto, que o índice aceito pela OIT esteja subestimado e fora da realidade e, por este motivo, podemos afirmar que os índices aqui encontrados estão de acordo com os encontrados na literatura (HURRELL, 1998).

Mesmo que as taxas não tenham sido significativas quando relacionadas aos dados encontrados na literatura, elas devem servir como alerta aos gestores no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde do servidor municipal.

A SME, com Tad de 5,5% em 2004 e de 5,0% em 2005, foi a secretaria com os índices mais altos. Em 2004, a SME possuía 163 servidores e, em 2005, 157. Com uma frequência de 60,1% em 2004 e 53,5% em 2005 (prevalência de LTS nesta secretaria), não é possível definir como este órgão dá conta das demandas de sua competência. As secretarias congregadas pela prefeitura são comparáveis às mencionadas em outros

estudos na literatura. Assim, os dados obtidos nesta investigação poderão servir como parâmetro para estudos posteriores sobre absentismo-doença na Prefeitura.

A SMS, por exemplo, congrega servidores das categorias profissionais de enfermagem, entre outros. Os índices de absentismo-doença iguais ou superiores a 15 dias nesta secretaria foram de 3,4% em 2004 e 3,9% em 2005, índices inferiores aos encontrados na literatura.

Echer et al. (1999) encontraram, entre trabalhadores de enfermagem, uma taxa de absentismo de 6,35%. Guimarães (2005), em estudo junto a uma instituição hospitalar, encontrou uma Tad de 4,23%. Em ambos os casos, as autoras trabalharam com índices de licenças (LTS) totais, ou seja, licenças a partir de um dia de afastamento por causas médicas. Se o presente estudo investigasse o total de LTS da referida secretaria, o índice de absentismo-doença poderia ser maior.

Análise das licenças por motivo de doença (LTS)

As doenças psíquicas e mentais foram as que mais afastaram os servidores, seguidas pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e pelas doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Os resultados do estudo coincidem parcialmente com os encontrados na literatura, que indicam, em alguns casos, as doenças respiratórias e osteomusculares como principais responsáveis pelo absentismo-doença (DANATRO, 1997; HAMOUI; SIRIT; BELLORIN, 2005; NOGUEIRA, 1980).

Hamoui, Sirit e Bellorini (2005), em estudo realizado em uma universidade na Venezuela, observaram que as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, seguidas das doenças relacionadas ao sistema nervoso e aos órgãos do sentido, transtornos mentais, cardiovasculares, traumatismos, envenenamentos, atos cirúrgicos, assim como sinais e sintomas, foram responsáveis pelo aumento dos dias de trabalho perdidos (GUIMARÃES, 2005; RIBEIRO, 2004). Além das doenças respiratórias e osteomusculares, autores relatam que doenças cardiovasculares e do aparelho digestivo também afastam trabalhadores (GUIMARÃES, 2005; RIBEIRO, 2004).

Silveira e Monteiro (2004), em estudo realizado em uma instituição hospitalar, verificaram que as doenças que causaram maior afastamento de trabalhadores foram as cardiovasculares (20%), as mentais (15,5%) e as doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético (10%). As autoras observaram que as doenças de maior prevalência nos principais grupos de doença foram: lombalgia, depressão e hipertensão.

Reis et al. (2003) afirmam, a partir do estudo realizado com profissionais de enfermagem, que as doenças do aparelho respiratório são as que mais afastam os trabalhadores. Em 2003, a cada 1.000 trabalhadores públicos civis da união, 26 ausentaram-se do trabalho, porém, não existem referências em relação ao afasta-

mento, se este foi em decorrência da atividade profissional ou originado no ambiente de trabalho. As doenças podem agravar-se ou até se originar no ambiente de trabalho. As lesões por esforço repetitivo (LER) foram responsáveis por 17% dos afastamentos, seguidas pelos casos de depressão e de saúde mental, que superaram o percentual de 5%. Diabetes e hipertensão também se fizeram presentes como causa dos afastamentos (DOMINGUES JUNIOR, 2005).

Barboza e Soler (2003), em estudo realizado em hospital de ensino, observaram que as licenças-saúde entre o pessoal de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) ocorreram em função de problemas geniturinários e doenças mal definidas. Entre os atendentes de enfermagem, as moléstias estavam relacionadas aos órgãos do sentido, às doenças infecciosas, parasitárias e às do sistema respiratório.

Das enfermidades que deram origem às LTS no período estudado, algumas estão incluídas no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (BRASIL, 2001). Por exemplo, os episódios depressivos são responsáveis por 12,5% dos afastamentos. É necessário verificar melhor a relação da doença com o local de trabalho e a atividade do servidor.

No presente estudo, foi possível observar um contingente de servidores doentes, afastados, e mais um tanto de servidores sobrecarregados.

Um exemplo a ser seguido pela administração é a política de recursos humanos desenvolvida pelo DMAE, em que são disponibilizados ao servidor um ambulatório médico e um odontológico, farmácia, ambulância e atendimento social (CÂMARA DOS VEREADORES DE PORTO ALEGRE, 2006b).

Referências

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-10, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2007.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Verificou-se, ainda, que a diferença das proporções é significativa. Considerando uma significância de 5%, rejeitamos a hipótese de que a diferença entre os anos seja nula ($T_{calc} > T_{Tabelado}$). Logo, existe uma diferença significativa entre as proporções de LTS por mais de 15 dias ao se comparar os anos de 2004 e 2005.

As limitações do estudo estiveram relacionadas, principalmente, à dificuldade de acesso aos dados. A proposta inicial era descrever o perfil epidemiológico de trabalhadores em licença para tratamento de saúde de uma prefeitura, porém, a dificuldade de obtenção de dados primários inviabilizou essa proposta. Diante disso, fomos obrigados a mudar a estratégia e elaboramos um novo projeto, partindo das informações fornecidas pelo gestor. A falta de elementos que poderiam enriquecer o trabalho, como idade, sexo e ocupação dos servidores, entre outros, foi um grande limitador do estudo.

Em suma, os resultados deste estudo não evidenciam uma taxa elevada de absentismo-doença se comparados com os dados de outros estudos. No entanto, tais resultados deverão servir de alerta para este problema que atinge grande parte das organizações, sejam elas públicas ou privadas, e poderão auxiliar os gestores de recursos humanos das diversas secretarias na construção de estratégias de prevenção e controle deste problema, com o intuito de diminuir as taxas encontradas. Conhecer a realidade para intervir: só assim é possível promover e prevenir. Para o êxito no combate ao absentismo-doença entre os servidores públicos municipais, necessita-se, ainda, que os envolvidos se desarmem ideologicamente. O diálogo entre os diferentes sujeitos tem caráter emergencial. A melhoria dos registros junto à GSSM, a implantação de um banco de dados, a informatização plena da gerência e o fomento à pesquisa são alguns elementos que poderão subsidiar propostas de combate ao absentismo-doença na Prefeitura.

CÂMARA DOS VEREADORES DE PORTO ALEGRE. *Relatório final da CPI das biometrias*. Porto Alegre, 2006a, p. 15.

_____. *Relatório final da CPI das biometrias*. Porto Alegre, 2006b. p. 27.

COUTO, H. de A. (Org.). *Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos ERGO*. Belo Horizonte: ERGO, 1987.

DANATRO, D. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública. *Revista Médica del Uruguay*, Montevideu, v. 13, n. 2, p. 101-109, ago. 1997.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DOMINGUES JUNIOR, L. R. P. O Processo saúde-doença no serviço público e suas conseqüências ao

- Estado, ao cidadão e ao servidor. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR-TEXTOS DE APOIO, 3., 2005, Brasília. *Coletânea Nº1*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 54-55.
- DURAND, J. C.; BELTRÃO, R. E. V. Recensear funcionários públicos: uma necessidade. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 118, n. 2, p. 185-198, 1994.
- ECHER, I. C. et al. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65-76, jul.1999.
- FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. *Arquivos Ciência e Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.
- FRANÇA, B. H. Funcionário público: trabalhador como os outros? *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 118, n. 2, p. 199-212, jul./ago. 1994.
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO. *A prevenção do absenteísmo no trabalho* - sinopse da investigação. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1997. Disponível em: <<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2007.
- GOMERO CUADRA, R.; LLAP YESAN, C. Absenteísmo laboral de origem médico en el Hospital Toquepala en el 2001. *Revista Médica Herediana*, Lima, v. 15, n. 2, p. 95-100, abr./jun. 2004.
- GUIMARÃES, R. S. O. *O absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar*. 2005. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- HAMOUI, Y.; SIRIT, Y.; BELLORIN, M. Absenteísmo laboral del personal administrativo de una universidad pública Venezolana, 2000-2002. *Revista Salud de los Trabajadores*, Maracay, v. 13, n. 2, p. 107-118, jul./dic. 2005.
- HURREL, J. et al. (orgs.) Salud Social. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL TRABAJO. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Ministério de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998. p. 2-12 .
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio* - Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
- ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 107/108, p. 107-118, 2003.
- MALLADA, F. J. R. A gestão do absenteísmo trabalhista nas empresas espanholas. Universidade de Alcalá de Henares, 2004. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=131&rv=Direito>>. Acesso em: 23 jul. 2007.
- MARTINS, R. J. et al. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 111, p. 9-15, 2005.
- MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 311-326, ago. 1988.
- NOGUEIRA, D. P. *Absenteísmo-doença: aspectos epidemiológicos*. 1980. 264 f. Tese (Livre Docência em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.
- PORTO ALEGRE. Lei Complementar nº 133, de 31 de dezembro de 1985. *Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Porto Alegre*, Porto Alegre, RS, 31 dez. 1985.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. *Anuário Estatístico - 2005*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre / Gabinete de Programação Orçamentária / Gerência de Estatística, 2006.
- QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-67, out./dez. 1982.
- REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, out. 2003.
- RIBEIRO, L. F. *Absenteísmo no setor bancário: análise de um programa de intervenção*. 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.
- SILVEIRA, D. B. B.; MONTEIRO, S. M. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 206-211, set./dez. 2004.
- TENÓRIO, L. R.; JORDANO, A. Absenteísmo-doença em construção civil. In: ANAIS DO CONGRESSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 18., 1979, Salvador. *Anais...* São Paulo: Fundacentro, 1980. p. 21-25.

Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros

Nei Santos Duarte¹
Maria Yvone C. Mauro²

Analysis of nursing occupational risk factors from nurses' perspective

¹ Fisioterapeuta/Ergonomista, aluna do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Rio de Janeiro, RJ.

² Professora Doutora, Visitante e Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DESP/FENF/UERJ). Professora Permanente do Programa de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Enfermeira do Trabalho/Ergonomista/Pesquisadora do CNPq. Rio de Janeiro, RJ.

Contato:

Nei Santos Duarte
Estrada Guandu Sape, 495/101 – Campo Grande – RJ
CEP: 23090-032
E-mail:
nsduartefisio@gmail.com

Resumo

Estudo com abordagem quantitativa e descritiva, com objetivo de identificar, na percepção dos enfermeiros chefes de unidades de internação de um hospital universitário, os riscos ocupacionais a que estão expostos. A população foi composta de 30 enfermeiros, chefes de unidade de internação. Na coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado proposto no Guia de Avaliação de Riscos nos Locais de Trabalho de Boix e Vogel (1997), adaptado para a aplicação em estabelecimentos de saúde por Mauro (2001). Os resultados evidenciaram que os fatores de riscos atuam sobre os trabalhadores, propiciando um ambiente desfavorável para a realização das atividades, podendo comprometer a saúde e a vida profissional destes. As variáveis predominantes foram o ambiente e a manutenção preventiva inadequados e os equipamentos de proteção individual e coletiva insuficientes e/ou inadequadamente utilizados pelos profissionais, constrangimentos ergonômicos pela manipulação de carga e postura corporal inadequadas na realização das tarefas, e ritmo de trabalho acelerado pela falta de recursos material e humano. Ressalta-se que a pesquisa proporcionou um diagnóstico referente aos riscos presentes nos ambientes de trabalho da enfermagem, proporcionando um modo operatório eficaz com menor risco de acidentes no processo de trabalho, ambientes menos insalubres e maior satisfação para o profissional e os clientes.

Palavras-chave: risco ocupacional; ergonomia; enfermagem.

Abstract

The purpose of this study was to identify occupational risks to which head nurses of the hospitalization unit at a university hospital were exposed. It was carried out with a quantitative descriptive approach and involved 30 head nurses. Data was collected through a structured questionnaire proposed by Boix & Vogel (1997) in their Risk Assessment at the Workplace, which was adapted by Mauro (2001) to be used in hospitals. Results showed that risk factors cause an impact on health professionals and, consequently, provide an unfavorable environment for the development of their professional activities. As a result, it may affect their health and professional life in a negative way. The predominant variables were inappropriate environment and maintenance, insufficient or inadequate use of individual and collective protection equipment, ergonomic constraints on account of inappropriate load and body posture when developing occupational activities, and accelerated work rate due to lack of human and material resources. The research diagnosed nurses' workplace risks, provided information to nurses to perform their tasks in a more effective way, causing fewer accidents during work, less unhealthy environment, and promoting greater satisfaction among nurses and patients.

Keywords: occupational risk; ergonomics; nursing.

Recebido: 07/12/2009
Revisado: 22/03/2010
Aprovado: 24/03/2010

Introdução

Toda avaliação de risco laboral deve ser um momento de reflexão para a otimização da atividade profissional segura, evitando-se, assim, os riscos desnecessários, controlando da melhor forma os riscos que não podem ser eliminados (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, 2008a).

Nesse contexto, incorpora-se a ergonomia, que tem como uma de suas premissas, a análise de serviços, produtos, ferramentas e máquinas, assim como a sua utilização, e os resultados reais que podem ser alcançados, no que concerne às características técnicas dos equipamentos e à análise exaustiva das capacidades e das limitações das pessoas na execução do sistema homem-máquina (MONDELO et al., 1994).

A presença de risco ocupacional no desempenho das atividades laborais do profissional de enfermagem apresenta uma visibilidade multifatorial, devido à diversidade dos fatores de riscos a que estão expostos, dependendo da atividade realizada. Nessa vertente, verifica-se a importância da análise destes riscos para os profissionais.

Marziale e Rodrigues (2002) referem que os trabalhadores de enfermagem, durante a assistência ao paciente, estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos, incluindo os psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Castejón (2004) menciona que a avaliação de riscos não é uma atividade estática, e deve ser uma ação dinâmica e contínua, acompanhando as modificações das condições de trabalho.

Almeida e Soares (2002) referem que o projeto de reorganização dos serviços de saúde exige a adoção de uma política comprometida com a melhoria da inserção dos trabalhadores nos serviços de saúde, priorizando os princípios da valorização profissional e da participação dos funcionários, visando produzir mudanças na sua mentalidade e nas suas ações, mediante a qualificação ou a incorporação de novos conhecimentos. Essa proposta visa recuperar uma “postura de respeito e dignidade ao trabalho e aos trabalhadores”.

Verifica-se que a qualidade no atendimento hospitalar se relaciona diretamente com as instalações físicas, os equipamentos e os instrumentais utilizados. Cabe aos profissionais de enfermagem, neste contexto, o destaque por serem suas atividades vinculadas diretamente ao “cuidado” durante as 24 horas da assistência prestada, colocando-os em contato permanente com o usuário e os familiares. Decorre daí que o seu trabalho muitas vezes incrementa uma relação de *stress*, conforme descrito por Oliveira et al. (2008), quando o atendimento à saúde da população envolve muito desgaste físico e emocional dos profissionais.

Brandi (1998), em pesquisa realizada num hospital universitário em 1994, descreve que o ritmo intenso,

como conseqüente sobrecarga de trabalho, pode ser significativa na ocorrência do acidente hospitalar com material perfurocortante pelos profissionais de enfermagem. Da mesma forma, verifica-se, na citação de Almeida, Pagliuca e Leite (2005) sobre a importância da conscientização do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais de enfermagem, que o uso correto do EPI colabora essencialmente para a segurança, o bem-estar e a saúde do trabalhador.

Zamberlan e Siqueira (2005) referem que, na atualidade, as organizações encontram-se adotando a terceirização como facilitador do atendimento e da diminuição de custos; cita ainda que a falta de interação intersectorial, por vezes, leva à demora nas informações e à ineficiência na resolução dos problemas apresentados. Os autores citam que a fragmentação do processo de trabalho de enfermagem diante da terceirização dos serviços é inaceitável, porque o atendimento ao ser humano deve ser de maneira única e integral, priorizando, assim, a unicidade e a individualidade de cada um.

A enfermagem, independentemente do trabalho que realiza, deve estar integrada com as demais áreas, na busca de aperfeiçoamento contínuo, para realizar um melhor atendimento, correspondendo à confiança que a clientela dispensa ao cuidador.

O Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2008b) descreve que os danos ao trabalhador podem ser devidos às condições deficientes de trabalho, como as lesões por acidente de trabalho, as doenças profissionais, a fadiga, a insatisfação, o *stress* e as patologias inespecíficas.

Diante desse contexto, definiu-se como objeto de estudo, *os fatores de risco ambientais do trabalho de enfermagem em estabelecimento hospitalar*. Como objetivo, buscou-se identificar, na percepção dos enfermeiros chefes das unidades de internação, os fatores de risco do trabalho de enfermagem em relação ao local, aos equipamentos, às substâncias e aos materiais, fatores ergonômicos e fatores organizacionais.

Materiais e métodos

O referido estudo é um corte da pesquisa de mestrado intitulada: *Fatores de risco no ambiente do trabalho de enfermagem em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro*, apresentada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), a qual é parte do projeto de pesquisa “Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS/BRASIL”, sob a coordenação da orientadora.

A pesquisa contemplou, em todas as suas etapas, a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, sendo submetida e aprovada à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, com registro no CEP: 2432. Foram respeitados os direitos dos participantes

do estudo, e garantido o anonimato quanto à identificação dos participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre do ano de 2009, em um período de oito semanas, e foi utilizado o instrumento desenvolvido a partir do Guia de Avaliação de Riscos nos Locais de Trabalho de Boix e Vogel (1997), adaptado para aplicação em estabelecimentos de saúde por Mauro (2001), composto de 3 Cadernos de Questões.

Para efeito desta pesquisa, foi utilizado apenas o Caderno C, que é composto de um instrumento de observação com questões fechadas, que contemplam as variáveis do estudo sobre o diagnóstico situacional de risco na instituição. Sua formatação contempla um total de 70 alternativas de resposta, classificadas em 5 grupos: locais de trabalho, equipamentos, tecnologia, e instrumentos; substâncias e materiais utilizados; fatores ergonômicos; e fatores organizacionais.

Para o tratamento dos dados, as respostas foram agrupadas e categorizadas para a formação de um banco de dados e para uma posterior análise através do programa de computador: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0.

O tratamento estatístico foi realizado através de uma análise simples e descritiva, com frequências absoluta e relativa.

Ressalta-se que, no período de coleta de dados, uma unidade de internação encontrava-se desativada para obras estruturais, sendo realocada, o que comprometeu as informações de 2 enfermarias. Assim, para evitar o viés na pesquisa pela possível interferência na percepção dos enfermeiros chefes da unidade, definiu-se excluir essas 3 enfermarias da pesquisa, e a coleta foi realizada nas 30 enfermarias restantes.

Análise e discussão dos resultados

A análise dos riscos tem como objetivos principais a identificação dos riscos, a avaliação do grau desses riscos e a indicação das maneiras de gerenciamento, visando monitorá-los, e, se possível, eliminá-los, conforme descrito por Mauro et al. (2004). Esses autores citam que a visibilidade do acidente de trabalho não deve acontecer apenas no seu contexto, mas em conjunto com os fatores de riscos que o predispõe. Segundo Vogel (1995), a avaliação dos riscos no local de trabalho não deve se limitar apenas à descrição dos riscos ocupacionais a que os profissionais estão expostos.

Ressalta-se a ocorrência de uma limitação na aplicação da metodologia, devido ao curto espaço de tempo para a realização da pesquisa, e à dimensão do campo de estudo, visto que a percepção é uma característica individual e pode sofrer interferência do meio através do pensamento do trabalhador e de sua demonstração nas ações práticas (CORRÊA-FILHO, 1994).

Nesse contexto, constatou-se que os principais resultados pela percepção dos participantes do estudo sobre o setor de trabalho e as instalações (**Tabela 1**) foram: vestiários e banheiros insuficientes/inadequados (83,3%); sistemas inadequados de saída de emergência (70%); sistemas inadequados de prevenção de incêndios ou explosões (66,7%); espaço insuficiente para trabalhar em função do excesso de pessoas ou equipamentos; sistema de armazenamento inadequado e/ou inseguro; ventilação/climatização inadequada dos locais de trabalho; temperatura ambiente inadequada ao tipo de trabalho (60%).

Quanto a equipamentos, tecnologias e instrumentos utilizados pelos profissionais de enfermagem (**Tabela 2**), destacaram-se: manutenção preventiva inadequada (80%); instruções de segurança insuficientes/inadequadas (70%); dispositivos de segurança insuficientes/inadequados, utilização inadequada dos equipamentos de proteção individual EPI (60%).

Em relação às substâncias e aos materiais que são utilizados e/ou manipulados pelos profissionais de enfermagem (**Tabela 3**), constataram-se: exposição aos riscos biológicos (70%); desconhecimento sobre os riscos a que estão expostos durante o manuseio dos materiais ou substâncias (63%); exposição aos riscos químicos em contato com os olhos (40 %); manipulação de substâncias mutagênicas e/ou cancerígenas (33,3%); exposição aos riscos químicos por inalação (30,0%); e uso inadequado das etiquetas nos vasilhames (26,7%).

Sobre os fatores de riscos ergonômicos (**Tabela 4**) destacaram-se: distribuição inadequada de pessoal e/ou equipe (83,3%); conhecimento insuficiente dos princípios da ergonomia (73,3%); enfermarias com ambiente arquitetônico (*layout*) inadequado dos postos de trabalho (73%); manipulação de carga inadequada (63,3%); falta de ferramentas e/ou instrumentos para a realização das tarefas (60%); necessidade de adoção de posturas inadequadas do corpo, (53,3%); espaço inadequado para a realização das atividades (50%); mobiliário insuficiente nas enfermarias e armazenamento inadequado de materiais (30%); adoção de posturas corporais por período prolongado (23,3%).

Verificou-se que, sobre a organização do trabalho das unidades de internação estudadas (**Tabela 5**), as principais variáveis foram: falta de recurso material (70%); pouca oportunidade de promoção (53,3%); ritmo de trabalho aumentado (40%); formação contínua insuficiente (33%); e proteção legal insuficiente em relação aos trabalhadores contratados (30%).

Nesse sentido, a análise versará sobre as principais variáveis relativas aos fatores de risco ambientais do trabalho de enfermagem, na percepção dos chefes de enfermagem local.

Assim, ressalta-se que os locais de trabalho da equipe de enfermagem evidenciados nesta pesquisa são inadequados ao trabalho dos profissionais, visto que em seu ambiente físico, o espaço, a ventilação e a temperatura não se encontram em conformidade com as Normas Regulamentadoras preconizadas.

Tabela 1 Respostas positivas às variáveis relativas ao setor de trabalho e instalações, percebidas pelos chefes de enfermagem (n=30) de um hospital universitário, Estado do Rio de Janeiro, julho, 2009

<i>Variável</i>	<i>Chefes de enfermagem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Espaço insuficiente para trabalhar por excesso de pessoas ou equipamentos	12	40,0
Desordem e/ou falta de limpeza	6	20,0
Sistema de armazenamento inadequado e/ou inseguro	18	60,0
Falta de segurança nos deslocamentos a pé	14	46,7
Falta de segurança nos deslocamentos mecânicos	15	50,0
Possibilidade de quedas por proteção inadequada de trabalho em altura	10	33,3
Condições inseguras nas instalações elétricas	15	50,0
Condições inseguras nas instalações de gás/pressão	9	30,0
Sistemas inadequados de prevenção de incêndios ou explosões	20	66,7
Sistemas inadequados de saída de emergência	21	70,0
Ventilação/climatização inadequada dos locais de trabalho	18	60,0
Iluminação inadequada ao tipo de trabalho	10	33,3
Temperatura ambiente inadequada ao tipo de trabalho	18	60,0
Ruído ambiental excessivo no trabalho	8	26,7
Vestiários e banheiros insuficientes/inadequados	25	83,3

Fonte: Pesquisa de campo – HU/2009.

Verificou-se, pela percepção dos participantes da pesquisa, que os ambientes das enfermarias são muito quentes e com iluminação insuficiente para a realização das atividades, o que provoca maior desgaste físico dos profissionais de enfermagem, coerente com Rezende (2003) ao descrever, que, devido ao nível de iluminação incorreto, os riscos podem predispor os profissionais a doenças, bem como facilitar erros, refletindo nos clientes, comprometendo a qualidade da assistência realizada. Nessa vertente, Dallas (2003) ressalta que o projeto do sistema de ventilação hospitalar precisa de cuidados operacionais de manutenção e de fácil inspeção para prevenir a infecção e favorecer um ambiente confortável para a equipe multiprofissional, o cliente e os seus acompanhantes.

Constatou-se que os enfermeiros participantes citaram que o vestiário e os banheiros são insuficientes para a equipe, o que não condiz com as recomendações da NR 32 (BRASIL, 2005), ocasionando em um constrangimento aos profissionais de enfermagem, visto que os vestiários são, em sua maioria, improvisados e sem nenhuma infraestrutura arquitetônica e de higiene.

Em algumas enfermarias, a improvisação acontece nas varandas, deixando os profissionais expostos às intempéries e aos vetores. Esses dados corroboram com o citado por Vogel (1995) ao referir que os problemas de saúde no trabalho não estão limitados aos efeitos do número de fatores de risco identificados. Segundo o autor, os locais de trabalho não são apenas “lugares” onde existe um número de exposições a riscos especiais, mas são locais de relações que colaboram ou dificultam a conservação da saúde dos trabalhadores.

No quesito sobre incêndios, explosões e sistema de emergência, verificou-se que a maioria das enfermarias possui sistemas inadequados de prevenção de incêndios ou explosões, assim como sistemas inadequados de saída de emergência, corroborando com Hökerberg et al. (2006), que constataram, em pesquisa em unidade hospitalar, a presença dos extintores de incêndio em locais inadequados e mal sinalizados. Citam ainda a inexistência de um programa de treinamento de combate a incêndios, o que, em caso de acidente ou incêndio, pode aumentar a magnitude do evento, visto as condições precárias dos referidos sistemas.

Ressalta-se que um plano de gerenciamento dos riscos de incêndio é primordial para se compreender o sistema englobado, o processo produtivo, o ambiente físico, econômico, social e político (DUARTE et al., 1998).

Destaca-se que a população percebe a inadequação no sistema de armazenamento de materiais, o que pode gerar sobrecarga física para os profissionais de enfermagem, assim como o risco de acidentes e doenças ocupacionais. Acrescenta-se a isso a existência do risco de contaminação por substâncias manuseadas, em concordância com Veiga (2007). A mesma autora também constatou a falta do planejamento durante a concepção dos estabelecimentos hospitalares, evidenciado nos locais de armazenamento de materiais, favorecendo os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem. Corroborar-se o que foi constatado por Hökerberg et al. (2006) sobre os fatores de risco presentes em hospital, decorrentes do armazenamento inapropriado de substâncias químicas, instalações elétricas e de gás, obsoletas, mal sinalizadas e sem manutenção preventiva.

A seguir serão apresentadas as variáveis com maior significância, percebidas pelos profissionais de enfermagem, durante a realização de suas atividades, sobre equipamentos, tecnologias e instrumentos utilizados.

Constatou-se que a manutenção preventiva pela percepção dos participantes da pesquisa encontra-se inadequada, corroborando Aranha e Vieira (2004), que constataram o manuseio incorreto de instrumentos e materiais. Quanto à falta de manutenção, os autores referem que representa desperdícios e citam ainda essa variável no estudo por eles realizado. A ocorrência de instruções de segurança insuficientes/inadequadas e de dispositivos de segurança insuficientes/inadequados contrapõe-se ao enfoque de Dalla (2003), ao referir que a sinalização em

ambiente hospitalar deve ser afixada em local visível, facilitando os acessos e a localização do paciente.

Verificou-se que, devido à falta de manutenção dos instrumentos e das ferramentas utilizados pelos profissionais durante a realização de suas atividades, o tempo de vida útil das mesmas leva à degradação do ambiente, o que pode favorecer a elevação da taxa de acidentes de trabalho. Assim, as doenças do trabalho podem surgir pela ocorrência de regulação (improviso) na realização das atividades para suprir a precariedade de instrumentos e ferramentas, ocasionando um aumento da carga cognitiva desses profissionais; no tocante à instituição, ocorrendo um aumento dos gastos na aquisição e/ou no reparo tardio de instrumentais e ferramentas.

Constatou-se que os profissionais de enfermagem utilizam inadequadamente os equipamentos de proteção individual (EPI), o que pode ser ocasionado por falta de conhecimento sobre as consequências do seu desuso ou pela utilização errônea, corroborando o descrito por Paz (2008). Em pesquisa realizadas com profissionais de enfermagem, os trabalhadores relataram a falta de EPI e a sua má utilização, o que, segundo a autora, são fatores que podem contribuir para o aumento do risco biológico no ambiente de trabalho. Esses achados podem ser também pela falta de treinamento ou de desconhecimento da legislação vigente, o que pode expor os profissionais à acidentes de trabalho e à doenças profissionais, estando em não conformidade com a NR 06. Evidenciando o citado por Gir et al. (2000), ao realizar pesquisa em hospital universitário, o descaso pelos profissionais de enfermagem na utilização de medidas de biossegurança indica uma investigação mais profunda desse fato e a necessidade de uma educação continuada, por colocarem em risco a saúde desses trabalhadores.

Tabela 2 Respostas positivas às variáveis relativas a equipamentos, tecnologias e instrumentos, percebidas pelos chefes de enfermagem (n=30) de um hospital universitário, Estado do Rio de Janeiro, julho, 2009

<i>Variável</i>	<i>Chefes de enfermagem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Dispositivos de segurança insuficientes/inadequados	18	60,0
Manutenção preventiva inadequada	24	80,0
Instruções de segurança insuficientes/inadequadas	21	70,0
Utilização insegura de máquinas ou ferramentas	4	13,3
Perigo de acidentes por choques ou cortes contra objetos móveis/imóveis	10	33,3
Perigo de acidentes por queimaduras	2	6,7
Perigo de acidentes por descarga elétrica	7	23,3
Proteção inadequada frente ao ruído	6	20,0
Exposição a vibrações por utilização de máquinas ou ferramentas	2	6,7
Fadiga visual por fontes luminosas nos equipamentos de trabalho	7	23,3
Exposição a fontes de calor radiante	8	26,7
Utilização inadequada de equipamentos de proteção individual	18	60,0

Fonte: Pesquisa de campo – HU/2009.

Através do resultado obtido em relação às substâncias e aos materiais que são utilizados e/ou manipulados pelos profissionais de enfermagem durante a realização de suas atividades, verificou-se que os profissionais de enfermagem não possuem conhecimento sobre os riscos a que estão expostos durante o manuseio de materiais ou de substâncias, apesar de encontrarem-se expostos a riscos químicos por inalação, e pelo contato com os olhos.

Pode-se constatar a ocorrência de manipulação de substâncias mutagênicas e/ou cancerígenas pelos profissionais de enfermagem. Essas substâncias são altamente tóxicas e necessitam de cuidado apurado desde o seu preparo até a infusão no paciente, necessitando de treinamento específico para a sua correta manipulação pelo profissional de enfermagem, não se limitando à transmissão de informações, mas a conscientizá-los, intensivamente, sobre a prevenção de acidentes (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Esses dados concordam com os achados de Hökerberg et al. (2006). Ao realizarem uma pesquisa sobre a constituição de mapa de risco em uma unidade hospitalar, constataram que os riscos químicos e ergonômicos apontados estavam relacionados principalmente à precária infraestrutura física e ao condicionamento e manejo inadequados das substâncias químicas.

Soma-se a isso a exposição aos riscos biológicos, os quais já são inerentes à profissão, evidenciando a citação de Muller et al. (2009), de que os profissionais de enfermagem encontram-se expostos ao material biológico por estarem em contato direto com a assistência aos pacientes e devido ao tipo e à frequência de procedimentos realizados sem o real conhecimento do perigo da exposição durante a realização, agravados pelo elevado desconhecimento sobre o correto uso de EPI.

O uso inadequado das etiquetas nos vasilhames, apesar de ser um percentual aparentemente baixo pela percepção dos chefes de enfermagem local, é um agravante para o risco laboral dos profissionais, porque pode ocasionar erros durante o preparo e a administração dos medicamentos.

Os fatores ergonômicos a que estão expostos os profissionais de enfermagem podem ser evidenciados devido ao tempo de existência do Hospital Universitário (59 anos), visto que a maioria das enfermarias estudadas não contemplam vários quesitos referidos na NR 32 e na RDC 50 sobre o seu ambiente arquitetônico (*layout*), proporcionando um espaço inadequado para a realização das atividades. Isso, corrobora Dalla (2003) ao destacar que a qualidade dos serviços hospitalares realizados encontra-se ligada à funcionalidade das estruturas arquitetônica e organizacional hospitalares. Refere ainda que os serviços de alta tecnologia e a equipe profissional e gerencial são afetados por um espaço arquitetônico não harmônico.

Isso pode acarretar constrangimentos posturais para os profissionais, independentemente das características das tarefas realizadas, pela manipulação de carga inadequada, devido à necessidade de adoção de posturas do corpo inadequadas e algumas vezes por período prolongado para a realização das tarefas. Esse é um fator preponderante para as lesões na coluna vertebral e nos joelhos, dentre outros, estando em concordância com Guedes e Mauro (2001), ao citarem que os problemas musculoesqueléticos estão inseridos entre as principais doenças que acometem os profissionais de enfermagem. Ratificam o citado por Leite, Silva e Merighi (2007) ao relatarem que as queixas relacionadas ao aparelho osteomuscular são uma das maiores causas de dor nos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 3 Respostas positivas às variáveis relativas a substâncias e materiais utilizados, percebidas pelos chefes de enfermagem (n=30) de um hospital universitário, Estado do Rio de Janeiro, julho, 2009

Variável	Chefes de enfermagem	
	n	%
Utilização de substâncias químicas nocivas e/ou materiais perigosos	11	36,7
Etiquetas inadequadas nos vasilhames	8	26,7
Informação insuficiente sobre os riscos das substâncias ou dos materiais	11	36,7
Falta de segurança nos transportes/armazenamentos de substâncias/materiais	10	33,3
Má qualidade do ar (presença de fumos, gases, vapores, pó e odores)	6	20,0
Riscos químicos por contato com os olhos ou a pele	12	40,0
Riscos químicos por inalação respiratória	9	30,0
Exposição a cancerígenos/mutagênicos	10	33,3
Exposição a produtos alérgicos	12	40,0
Exposição a riscos biológicos	21	70,0
Instalação de proteção coletiva insuficiente ou inadequada	12	40,0
Riscos de acidentes ambientais graves (incêndios, evacuação, explosão)	7	23,3

Fonte: Pesquisa de campo – HU/2009.

Destaca-se que o mobiliário insuficiente nas enfermarias e o armazenamento inadequado de materiais podem proporcionar um aumento do gasto energético dos profissionais, corroborando com estudos realizados por Guedes (2000) e Lima (2004) sobre a adoção das posturas dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, Paz (2008) ressalta a importância dos investimentos financeiros para a melhora das condições de trabalho da enfermagem, como alterações nos postos de trabalho, aquisição de materiais, equipamentos e mobiliários. A autora refere ainda que o investimento empregado proporciona retorno financeiro, pela redução dos gastos com a saúde do trabalhador, prevenindo acidentes e absenteísmos.

Verificou-se que, além do exposto, as equipes não possuem número suficiente de profissionais para a plena realização das tarefas, ocorrendo má distribuição das equipes e, em função disso, corroborando o descrito por Lima (2004), segundo o qual os auxiliares de enfermagem são levados a realizar tarefas designadas a outras categorias profissionais, aumentando sua demanda física, cognitiva e psicossocial.

A falta de ferramentas e/ou instrumentos para a realização das tarefas ocasionam, nos profissionais, uma sobrecarga ocupacional que é agravada pelo fato de os profissionais de enfermagem, em sua grande maioria, não

possuírem conhecimento suficiente dos princípios da ergonomia (que, além da conscientização corporal, engloba conhecimento cognitivo e sobre o ambiente físico), corroborando o constatado por Ribeiro e Shimizu (2007), cujos dados alcançados, ao realizarem pesquisa em um hospital universitário no Distrito Federal, mostraram um preparo deficiente e uma falta de treinamento e de capacitação de profissionais, agregados a ambientes físicos inadequados e à falta de material apropriado.

A organização do trabalho nas instituições, independentemente da esfera administrativa a que estão vinculadas (pública ou privada), é um fator determinante para a realização das atividades pelos profissionais e a sua produtividade.

No caso do estabelecimento de saúde, um atendimento de excelência para os clientes em um ambiente digno para os profissionais que nele atuam, ficou explícito através das variáveis percebidas pelos enfermeiros chefes de unidade. Paz (2008) refere, em pesquisa realizada, que, dentre os fatores de riscos do trabalho de enfermagem, os ocupacionais relacionados com a organização do trabalho, obtiveram maiores repercussões para a saúde do trabalhador, corroborando os dados apresentados nesta pesquisa, segundo a qual a organização do trabalho encontra-se insatisfatória no Hospital Universitário, apesar de aparentemente ser um percentual baixo.

Tabela 4 Respostas positivas às variáveis relativas aos fatores ergonômicos, percebidas pelos chefes de enfermagem (n=30) de um hospital universitário, Estado do Rio de Janeiro, julho, 2009

<i>Variável</i>	<i>Chefes de enfermagem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Desenho arquitetônico inadequado dos postos de trabalho em geral	22	73,3
Espaço reduzido de trabalho para a tarefa	15	50,0
Distribuição inadequada de pessoal e/ou equipe	25	83,3
Ferramentas insuficientes ou inadequadas	18	60,0
Cadeiras e assentos insuficientes/inadequados	22	73,3
Manutenção excessiva de uma mesma postura no trabalho	10	33,3
Necessidade de adotar posturas forçadas não confortáveis	16	53,3
As tarefas não permitem mudanças frequentes de postura	6	20,0
Repetitividade excessiva de movimentos	10	33,3
Manejo inadequado de cargas (peso, volume, altura, deslocamentos)	19	63,3
Manejo prolongado de cargas sem pausas suficientes	7	23,3
Armazenamento inadequado de cargas que impede a correta manipulação	9	30,0
Contaminação externa (resíduos, emissões de calor, vetores, outros)	6	20,0
Conhecimento ergonômico insuficiente/inadequado do trabalhador	22	73,3

Fonte: Pesquisa de campo – HU/2009.

Esse fator é um somatório de vários outros fatores, dentre eles a pouca oportunidade de promoção, apesar da instituição possuir plano de cargos e salário. Esse fato corrobora com o descrito por Boix e Vogel (2003) ao ressaltarem que a importância do trabalho no processo saúde-doença, através das relações sociais, são elementos-chave na construção cultural da saúde. Referem ainda que a base social, a solidariedade, a satisfação no ambiente do trabalho ou a autonomia pessoal estão diretamente relacionados com a saúde no trabalho.

Stumm et al. (2006) ressaltam, em sua pesquisa, a importância do enfermeiro coordenador de um centro cirúrgico e do relacionamento interpessoal, destacando que o mesmo deve ser vigilante às características individuais dos diferentes profissionais para administrar sua equipe e a equipe médica. Citam ainda que a relação interpessoal problemática entre as equipes repercute no processo de trabalho e pode ocasionar danos à saúde dos profissionais, o que evidencia o achado desta pesquisa.

Pode-se verificar que o relacionamento interpessoal dos profissionais é de forma inter e multidisciplinar, e a proteção legal é insuficiente em relação aos trabalhadores contratados, corroborando o descrito por Tavares (2006) ao descrever que o trabalho com o público é uma tarefa penosa e que as empresas devem realizar treinamento de relações interpessoais. Essas variadas formas de relacionamento também colaboram para a insatisfa-

ção dos profissionais de enfermagem, sendo esse fator determinante da motivação dos trabalhadores, podendo ocasionar problemas psicossociais.

Vale ressaltar o descrito por Sznalwar et al. (2004), segundo o qual as demandas referentes aos trabalhadores, à logística, à organização do trabalho, assim como à infraestrutura, mostram as grandes dificuldades para o bom funcionamento do sistema hospitalar, devido à complexidade do sistema.

Nesse sentido, verificou-se que a organização do trabalho das unidades de internação estudadas encontra-se comprometida com a realização das atividades pelos profissionais com ritmo de trabalho aumentado e com a falta de recurso material, corroborando Stumm et al. (2006) ao ressaltarem que a falta de materiais e equipamentos básicos demonstra como verdadeira a situação do setor de saúde no Brasil, gerando insatisfação à equipe. Esse fato é descrito por Lima (2004) ao evidenciar que algumas atividades se sobrepõem devido ao curto espaço de tempo para a realização, à falta de material e medicamentos e aos equipamentos inadequados, dificultando o seu desenvolvimento. Ressalta-se que a equipe de enfermagem geralmente atua em instituições hospitalares com déficits de recursos humanos e materiais, proporcionando um trabalho mais penoso e provocando agravos à saúde do trabalhador (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

Tabela 5 Respostas positivas às variáveis relativas aos fatores organizacionais do trabalho, percebidas pelos chefes de enfermagem (n=30) de um hospital universitário, Estado do Rio de Janeiro, julho, 2009

<i>Variável</i>	<i>Chefes de enfermagem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Organização do trabalho insatisfatória	11	36,7
Tarefas aborrecidas ou monótonas	3	10,0
Ritmo de trabalho/pressão de tempo excessivo	12	40,0
Recursos insuficientes para alcançar os objetivos ou prazos fixados	21	70,0
Trabalho inadequado em equipe ou sem colaboração	4	13,3
Falta de autonomia para os trabalhadores	4	13,3
Duração da jornada e/ou organização de horários e turnos inadequados	1	3,3
Dificuldades em compatibilizar trabalho e vida social/familiar	3	10,0
Canais de participação e de consulta com a chefia insuficientes ou inadequados	0	0,0
Poucas oportunidades de formação contínua	10	33,3
Poucas oportunidades de promoção no trabalho	16	53,3
Relações insatisfatórias com os dirigentes ou encarregados	2	6,7
Relações insatisfatórias entre os trabalhadores	3	10,0
Relações insatisfatórias com os clientes/usuários	1	3,3
Divisão de trabalho em tarefas “de mulheres” e tarefas “de homens”	1	3,3
Maior exposição ao risco dos trabalhadores não efetivos	4	13,3
Proteção legal insuficiente aos trabalhadores	9	30,0

Fonte: Pesquisa de campo – HU/2009.

Rezende (2003) apontou a importância do Programa de Educação Permanente de alta qualidade, visando proporcionar, aos profissionais de enfermagem, novos conhecimentos para a execução com excelência de suas tarefas laborais, o que se encontra em concordância com a percepção dos enfermeiros participantes desta pesquisa. Eles apontaram como insuficiente a formação contínua, indicando que ela seja complementar ao conhecimento dos profissionais, de acordo com as necessidades (técnicas) laborais desenvolvidas, haja vista as particularidades das atividades desenvolvidas de acordo com a enfermagem em que estejam desempenhando, pois, compreendendo os processos de produção existentes e adequando as tarefas aos trabalhadores, ocorrerá uma contribuição para minimizar ou mesmo dirimir o problema dos riscos à saúde no ambiente hospitalar (SZNELWAR et al., 2004).

Os achados desta pesquisa corroboram a literatura pesquisada no que concerne aos fatores de riscos do trabalho de enfermagem em hospitais universitários e em outras instituições de saúde. Destaca-se que, devido à estrutura complexa que constitui os hospitais universitários, é importante que se maximize o controle do processo de gestão hospitalar, otimizando os serviços. Isso pode ser conseguido revisando-se as estratégias para o planejamento das ações de saúde e através de uma análise profunda das condições de trabalho, utilizando a percepção dos profissionais de saúde sobre os problemas encontrados no contexto do ambiente de trabalho (CIAMPONE et al., 1998; SILVA; MARZIALE, 2003; DALLORA; FORSTER, 2008; BAULI; MATSUDA, 2009).

Conclusão

Os resultados encontrados através da percepção dos enfermeiros chefes de unidade de internação sobre os fatores de riscos do trabalho de enfermagem evidenciam a importância dos fatores ambientais e ergonômicos, os quais, de forma direta ou indireta, proporcionam aos profissionais um ambiente desfavorável para a

realização das atividades e podem comprometer a sua vida profissional devido à extrema solicitação cognitiva e física desses trabalhadores.

Destaca-se a importância dos impactos econômicos e laborais ocasionados à instituição e aos profissionais de enfermagem, principalmente como causadores de absenteísmo e de sequelas de lesões, com que são acometidos devido aos acidentes de trabalho.

Verifica-se que os fatores de riscos ambientais no trabalho de enfermagem encontram-se presentes diariamente nas suas atividades, cabendo aos gestores fazer uma avaliação dos mesmos de forma a minimizarem os seus impactos sobre a vida desses profissionais.

É recomendável proporcionar um modo operatório eficaz com menor risco de acidentes para os próprios profissionais e clientes através do gerenciamento de risco eficiente, visando a ambientes menos insalubres e com maior satisfação na profissão, o que, para a instituição, significa um sistema mais produtivo com visibilidade favorável, seja para os gestores, os clientes, ou para a mídia, facilitando a captação de recursos materiais e humanos para as necessidades reais da organização.

Ressalta-se que, independentemente da limitação metodológica apresentada, a pesquisa proporcionou um diagnóstico para os gestores da instituição concernente aos riscos ambientais presentes nos locais de trabalho. É importante desencadear um processo de treinamento eficaz e uma avaliação do impacto, junto aos trabalhadores, sobre os problemas levantados e a possibilidade de intervenção nos mesmos através de um planejamento eficiente.

A metodologia aplicada pode contribuir, de maneira efetiva, no processo de reconhecimento dos riscos ocupacionais a que se encontram expostos os trabalhadores de enfermagem. Sugere-se reaplicar a metodologia em outras pesquisas para proporcionar o aprimoramento e a funcionalidade na gestão de riscos ocupacionais, assim como a sua aplicabilidade em outras categorias profissionais.

Referências

ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 629-636, set./out. 2002.

ALMEIDA, C. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; LEITE, A. L. A. S. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 708-716, set./out. 2005.

ARANHA, G. T. C.; VIEIRA, R. W. Estudo de um dos indicadores do custo da qualidade: o desperdício. *Revista*

de Administração em Saúde, São Paulo, v. 6, n. 23, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ras23_Guioamar02.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2009.

BAULI, J. D.; MATSUDA, L. M. Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 43, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/RAS43%20-%201-%20%20Diagn%C3%B3stico.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

BOIX, P.; VOGEL, L. *La evolución de riesgos en los lugares de trabajo: guía para una intervención sindical*. Bruxelas: BTS, 1997.

_____. *Participacion de los trabajadores*. Disponível em: <www.srt.gov.ar/super/eventos/2003/Participacion_Boix_Vogel.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2009.

BRANDI, S. Ocorrência de acidentes do trabalho por material perfuro-cortante entre trabalhadores de um hospital universitário da cidade de Campinas (SP). Estado de São Paulo, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-133, 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - *Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*. Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2008.

CASTEJÓN, E. Evaluación de riesgos. In: BENAVIDES, F. G.; RUIZ-FREITOS, C.; GARCÍA, A. G. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 2. ed. Barcelona: Masson, 2004. p. 223-234.

CIAMPONE, M. H. T. et al. Processo de planejamento na prática da enfermagem em um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 273-280, out. 1998.

CORRÊA-FILHO, H. R. *Percepção de riscos na ocupação precedendo lesões do trabalho: um estudo no Município de Campinas, São Paulo, 1992-1993*. 197 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

DALLA, T. C. M. *Estudo da qualidade do ambiente hospitalar como contribuição na recuperação de pacientes*. 2003. 169 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil)-Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2003.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acesso em: 10 set. 2009.

DUARTE, D.; LEITE, M. S.; PONTES, R. Gerenciamento dos riscos de incêndios. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 18, 1998. *Anais eletrônicos...* Brasil: Abepro, 1998. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP1998_ART366.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2009.

GIR, E. et al. Alterações na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino do interior paulista, em consequência ao surgimento do HIV/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 37-54, 2000.

GUEDES, E. M. *Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar: estudo com os auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia*. 2000. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-

Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GUEDES, E. M.; MAURO, M. Y. C. (Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 144-151. 2001.

HOKERBERG, Y. H. M. et al. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 503-513, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO - INSHT. *Evaluación de las condiciones de trabajo en la PYME*. 5. ed. España: INSHT, 2008a. Disponível em: <<http://www.insht.es/portal/site/Insht>>. Acesso em: 31 jul. 2008.

_____. *Manual de procedimientos de prevención de riesgos laborales*. Guía de elaboración - INSHT, 2008b. Disponível em: <http://www.mtas.es/INSHT/PRACTICE/MAN_PROC.HTM>. Acesso em: 31 jul. 2008.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-291, 2007.

LIMA, M. C. T. F. C. *Análise das condições ergonômicas da situação de trabalho dos auxiliares de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar*. 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Engenharia)-Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2002.

MAURO, M. Y. C. A situação de saúde dos trabalhadores de transporte de cargas de uma companhia em Volta Redonda-RJ, Brasil. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA/UERJ, 10, 2001, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: UERJ, 2001. 1 CD. v. 1, p. 189.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 338-345, 2004.

MONDELO, P.; GREGORI, E.; BARRAU, P. *Ergonomia 1: fundamentos*. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya-UPC; SL Jordi Girona Salgado, 1994.

MULLER, L. R. et al. *Riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão bibliográfica*. Disponível em: <www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.111.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2009.

OLIVEIRA, D. C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de

- profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.
- PAZ, A. F. *Relação entre fatores de risco no ambiente hospitalar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem*. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- REZENDE, M. P. *Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos Riscos Físicos*. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 535-540, set./out. 2007.
- SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum, Health Sciences*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.
- STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 464-471, jul./set. 2006.
- SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 45-57, set./dez. 2004.
- TAVARES, J. C. Análise do trabalho em agentes de contato-paciente: investigação das táticas utilizadas. *Comportamento Organizacional e Gestão*, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 173-185, 2006.
- VEIGA, A. R. *Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar*. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- VOGEL, L. La evaluación de los riesgos en los centros de trabajo y la participación de los trabajadores. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Madrid, n. 7, p. 13-44, 1995.
- ZAMBERLAN, C.; SIQUEIRA, H. C. H. A terceirização nos serviços e as conseqüências no cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 727-730, nov./dez. 2005.

Luciano Padilha Alves¹
Laura Tathianne Ramos Araújo²
José Augusto Xavier Neto²

Prevalência de queixas vocais e estudo de fatores associados em uma amostra de professores de ensino fundamental em Maceió, Alagoas, Brasil

Prevalence of vocal complaints and study of associated factors in a sample of elementary school teachers in Maceió, Brazil

¹ Doutor em Medicina pela Unifesp, Professor Associado de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Alagoas.
² Médicos pela Universidade Federal de Alagoas.

Contato:

Luciano Padilha Alves
Universidade Federal de Alagoas, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Cirúrgica.
Campus A.C. Simões, BR 101-Norte, km 14
Tabuleiro dos Martins, Maceió - Alagoas - Brasil
CEP: 57072-970
E-mail:
lucpadilha@uol.com.br

Resumo

Introdução: A voz é o principal instrumento na vida profissional do professor, requerendo uma adaptação precisa dos órgãos da fonação. O desconhecimento da disfonia em professores de nossa região motivou esta pesquisa. **Objetivos:** Avaliar a frequência de disfonia em professores do Ensino Fundamental da rede municipal em Maceió-AL e identificar sintomas associados às queixas vocais e possíveis fatores de risco ao aparecimento de alterações vocais. **Metodologia:** Estudo transversal abrangendo 126 docentes selecionados aleatoriamente, avaliados a partir de entrevista, com aplicação de questionário dirigido, em 2008. **Resultados:** Dos 126 professores avaliados, 87,3% referiram ocorrência de disfonia na docência. Observou-se relação entre carga horária semanal e presença de disfonia ($p=0,0038$). Em relação ao ambiente de trabalho, poeira e ambiente seco foram as queixas mais relatadas, ambas apresentando associação significativa ($p<0,04$). Os sintomas de obstrução nasal, prurido, tosse e dispepsia apresentaram relação com a presença de rouquidão. Não houve associação entre disfonia e tabagismo ou tabagismo passivo ($p<0,6$). **Conclusão:** O estudo permitiu concluir que existe elevada prevalência de disfonia no grupo estudado e que o comprometimento vocal na atividade docente está relacionado aos fatores ambientais, bem como a sintomas clínicos associados à rinite e ao refluxo gastroesofágico.

Palavras-chave: voz; disfonia; professor; saúde do trabalhador.

Abstract

Introduction: Voice is teachers' main tool and demands an accurate adaptation of the phonation organs. Teachers' unawareness of dysphonia in our region lead to this survey. **Objectives:** Assess frequency of dysphonia in elementary public school teachers from Maceió, state of Alagoas, Brazil, and identify symptoms associated to vocal complaints and possible risk factors for changes in voice. **Methodology:** Transversal study with 126 teachers selected randomly, who have been assessed through interviews, and structured questionnaires in 2008. **Results:** From 126 teachers assessed, 87,3% reported dysphonia. A relation between weekly working hours and dysphonia ($p=0,0038$) was observed. In relation to work environment, dust and air dryness were the most reported complaints, both showing significant association ($p<0,04$). Nasal obstruction, itching, cough, and dyspepsia were the symptoms related to hoarseness. There was no association between dysphonia and smoking, either active or passive ($p<0,6$). **Conclusion:** There is a high prevalence of vocal problems in the studied group, and dysphonia in teaching activity is related to environmental factors, as well as to clinical symptoms associated to allergic rhinitis and gastroesophageal reflux.

Keywords: voice; dysphonia; teacher; occupational health.

Recebido: 03/08/2009
Revisado: 04/12/2009
Aprovado: 07/12/2009

Introdução

A voz é um instrumento essencial na vida profissional do professor, requerendo uma adaptação precisa dos órgãos da fonação a fim de se evitar o surgimento de sintomas de disfonia, prejudiciais ao prosseguimento do magistério (ORTIZ et al., 2004).

A disfonia pode ser definida como qualquer dificuldade na emissão vocal que impeça a produção natural da voz (ABRAHÃO; CERVANTES; HADDAD, 2003). Este é hoje um problema de impacto social, econômico e profissional. Há evidências de que os nódulos de pregas vocais sejam a patologia mais frequente nesses profissionais, entretanto, há uma diversidade de outras alterações orgânicas e funcionais na laringe e no trato respiratório que podem provocar disfonia, ressaltando-se assim a sua multifatorialidade (ORTIZ et al., 2004).

A ocorrência de disfonias em docentes vem apresentando dificuldade em ser determinada devido às discrepâncias entre as definições utilizadas, a metodologia empregada e os resultados obtidos (FUSS; LORENZ, 2003), mostrando prevalências extremamente discrepantes entre os diversos estudos da literatura, variando entre 3% e 90% (ORTIZ et al., 2004).

A disfonia pode ocorrer como resultado de uma interação entre fatores hereditários, comportamentais, estilo de vida e ocupacionais. Vários estudos têm relacionado a disfonia com a atividade ocupacional e acredita-se que o principal fator seja o uso excessivo da voz. Entretanto, é importante ressaltar diversos fatores ambientais que podem estar indiretamente relacionados ao trabalho e que contribuem para o problema, como exposição a irritantes, condições inadequadas de temperatura e umidade, ruídos de fundo e acústica ruim, dentre outros (FORTES et al., 2007).

Docentes apresentam duas a três vezes mais queixas de disfonia do que outros profissionais, entretanto, mesmo sendo evidente que a atividade de ensino aumenta o risco de problemas vocais, os fatores de risco para o desenvolvimento da disfonia em professores ainda não estão bem definidos (MATTISKE; OATES; GREENWOOD, 1998; FUSS; LORENZ, 2003).

Dessa maneira, a disfonia, sintoma pouco valorizado durante muito tempo, é considerada atualmente um distúrbio importante, implicando em consequências que influem diretamente na vida profissional e social do indivíduo (FORTES et al., 2007).

A falta de dados locais e o interesse pela complexa questão da saúde vocal no nível ocupacional foram importantes questões que motivaram esta pesquisa, que teve como objetivos avaliar a prevalência da disfonia em professores de Ensino Fundamental da rede pública de Maceió, bem como definir os fatores de risco e os sintomas associados.

Material e método

Trata-se de um estudo de caráter transversal, abrangendo 126 docentes, sorteados aleatoriamente, de 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental da rede pública municipal, na cidade de Maceió-AL.

Todas as escolas municipais de Maceió (total de 92) participaram do sorteio para definição da amostra, de caráter estratificado e aleatório, no intuito de abranger 10% da população total de 1.661 professores de Ensino Fundamental do município (conforme levantamento da Secretaria Municipal de Educação, em 2007), selecionados em cada uma das 7 zonas geoeducacionais. Foi selecionada, no mínimo, uma escola em cada zona, até se ter atingido o valor proporcional esperado de professores. Obtiveram-se 126 questionários respondidos (aproximadamente 8% do total de professores), dos 166 inicialmente distribuídos.

Os professores foram avaliados a partir de entrevista estruturada com aplicação de questionário dirigido (**Apêndice 1**). Os dados foram coletados em uma única oportunidade com cada sujeito participante, nas próprias escolas, durante o ano de 2008.

A metodologia estatística foi desenvolvida no programa Epi Info 2000, versão 3.2.2, utilizando-se o método estatístico de análise de variância (Teste t de Student, para comparação das médias das variáveis quantitativas) e Teste do Qui-quadrado e Exato de Fisher (para associação entre as variáveis estudadas). Consideram-se associações significativas com $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob protocolo 020249/2007-67.

Resultados

Dos 126 professores analisados, 16 (12,7%) não apresentaram queixas, entretanto, 110 (87,3%) relataram ocorrência de disfonia em algum momento de sua vida docente, dos quais 67 (53,17%) relataram presença de disfonia eventual, 36 (28,57%), disfonia frequente e 7 (5,56%) referiram disfonia constante.

Da amostra analisada, 98 docentes pertenciam ao sexo feminino e 28 ao sexo masculino, observando-se um nítido predomínio das mulheres na docência e maior predisposição à ocorrência de disfonia ($p = 0,03$). Com relação à faixa etária, os indivíduos entre 31 e 45 anos constituíam a maioria da amostra (58,6%), não se observando frequência diferenciada de disfonia entre as diversas faixas de idade ($p=0,9769$) (**Tabela 1**).

Com relação à atividade profissional, não observamos relação significativa entre tempo médio de profissão e número médio de alunos por classe, comparados à presença ou ausência de disfonia. Entretanto, observou-se carga média da jornada semanal maior no grupo com queixa de disfonia ($p < 0,05$), como mostrado na **Tabela 2**.

Tabela 1 Distribuição dos professores entrevistados do Ensino Fundamental da rede pública municipal em Maceió, segundo sexo e faixa etária, em 2008

Variável	Categoria	Ausência de rouquidão (n)	Presença de rouquidão (n)	Total de professores	P valor (Teste exato de Fisher)
Gênero	Masculino	7 (43,8%)	21 (19,1%)	28 (22,2%)	0,0345*
	Feminino	9 (56,3%)	89 (80,9%)	98 (77,8%)	
Faixa etária	< 25 anos	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)	0,9769
	26-30 anos	2 (12,5%)	10 (9,1%)	12 (9,5%)	
	31-35 anos	3 (18,8%)	22 (20,0%)	25 (19,8%)	
	36-40 anos	3 (18,8%)	21 (19,1%)	24 (19,0%)	
	41-45 anos	2 (12,5%)	23 (20,9%)	25 (19,8%)	
	46-50 anos	2 (12,5%)	12 (10,9%)	14 (11,1%)	
	51-55 anos	3 (18,8%)	12 (10,9%)	15 (11,9%)	
	> 55 anos	1 (6,3%)	9 (8,2%)	10 (7,9%)	

* significativa

Tabela 2 Ocorrência de disфонia e variáveis relacionadas à atividade profissional em professores entrevistados do Ensino Fundamental da rede pública municipal em Maceió, 2008

	Presença de rouquidão	Ausência de rouquidão	Total de professores	P valor (t de Student)
Tempo médio de profissão (anos)	16,37 + 9,56	16,22 + 12,07	16,35 + 9,86	0,9547
Carga horária semanal média (horas)	36,10 + 12,09	26,75 + 10,08	34,91 + 12,22	0,0038*
Média de alunos por classe	33,49 + 7,51	32,00 + 6,34	33,30 + 7,36	0,4514

* significativa

Com relação à percepção do ambiente de trabalho, 56,35% consideraram o tamanho do espaço físico adequado, entretanto, 89,7% identificaram problemas no ambiente de trabalho, sendo a poeira e o ambiente seco as queixas mais relatadas e que apresentaram associação significativa ($p < 0,04$), como mostra o **Gráfico 1**. Quando questionados sobre a acústica do ambiente, 54,8% dos professores referiram acústica boa e 45,2% acústica ruim, não havendo associação significativa deste item com a variável rouquidão ($p = 0,17$).

Não observamos relação entre a ocorrência de disфонia e fatores extraocupacionais, tais como atividades de canto, cultos religiosos, presença de filhos pequenos e outras profissões que demandem maior esforço vocal ($p < 0,6$). Tampouco foi observada relação significativa ($p = 0,083$) entre o afastamento do trabalho por problemas vocais e a disфонia.

Os sintomas mais frequentemente referidos entre as afecções concomitantes foram os espirros em salva, tosse, pirose e dispepsia (**Tabela 3**).

Dentre os sintomas relacionados acima, apenas obstrução nasal, prurido, tosse e dispepsia apresentaram relevância significativa ($p < 0,02$).

A prevalência de tabagismo na amostra foi de 5,6% ($n = 7$) e de tabagismo passivo, de 24,6% ($n = 31$), não sendo observada associação com queixas disfônicas ($p < 0,6$).

Dor de garganta, fadiga vocal e xerostomia foram sintomas concomitantes às queixas vocais mais relatados pelos docentes e com relação significativa com a disфонia ($p < 0,04$) (**Gráfico 2**).

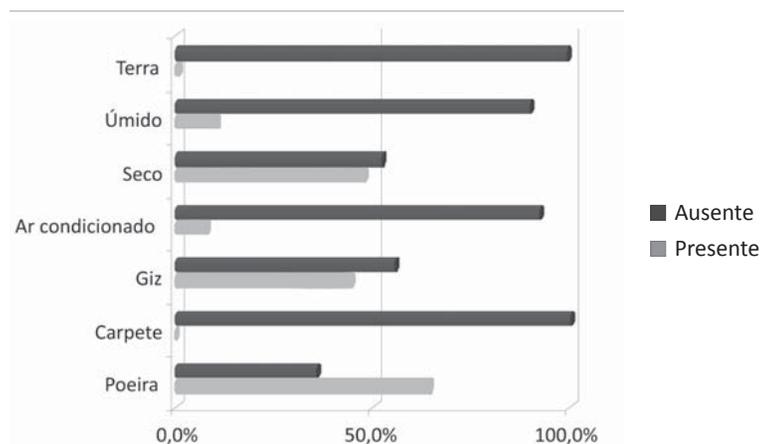


Gráfico 1 Proporção de professores entrevistados que referiram problemas no ambiente de trabalho do Ensino Fundamental da rede pública municipal em Maceió, 2008

Tabela 3 Prevalência de sintomas relacionados à rinite alérgica e ao refluxo gastroesofágico relatados por 126 professores entrevistados do Ensino Fundamental da rede pública municipal em Maceió, 2008

Sintomas	Proporção	P valor (Teste exato de Fisher)
Obstrução nasal	38,90%	0,016*
Espirros em salva	42,10%	0,455
Prurido	35,70%	0,005*
Dispneia	15,10%	0,061
Tosse	44,40%	0,023*
Dor abdominal	20,60%	0,111
Pirose	26,20%	0,349
Náusea	11,11%	0,441
Dispepsia	20,63%	0,018*

*significante

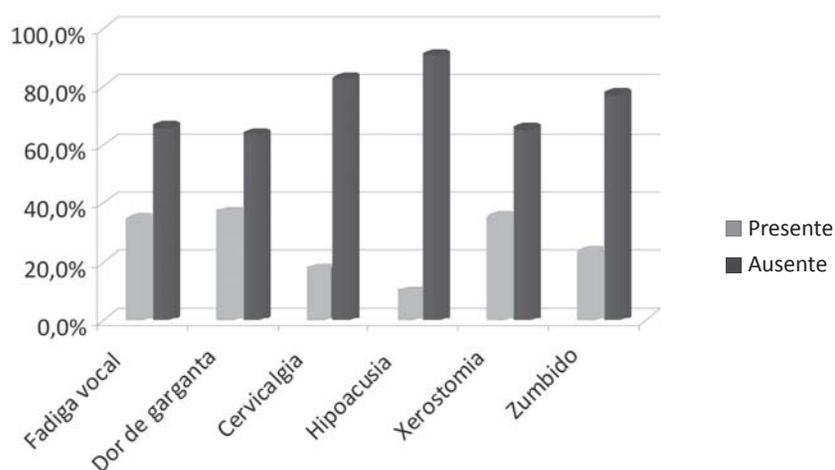


Gráfico 2 Proporção de professores entrevistados que referiram sintomas associados às queixas vocais no Ensino Fundamental da rede pública municipal em Maceió, 2008

Discussão

A comunicação adquire um papel cada vez mais importante no mercado de trabalho, principalmente para os profissionais que dependem dela como instrumento principal (FORTES et al., 2007). Nos últimos anos, a laringologia tem se interessado muito pela voz profissional, principalmente em professores e cantores, já que há uma mudança crescente do enfoque clínico da disфония para uma visão ocupacional (ORTIZ et al., 2004). Para estes profissionais, a disфония pode representar a impossibilidade em exercer a profissão, acarretando em faltas ao trabalho, diminuição de rendimento e até mesmo na necessidade de mudança de profissão (FORTES et al., 2007).

A alta prevalência de disфония encontrada neste estudo coincide com os dados encontrados na literatura consultada (FUSS; LORENZ, 2003; FORTES et al., 2007; CALAS, 1989; GOOTAS; STARR, 1993; FERREIRA et al., 2003), embora a prevalência seja extremamente variável, entre 3% e 90% (ORTIZ et al., 2004). Em nosso estudo, foi encontrada uma prevalência de 87,3% nos professores da amostra avaliada que relataram a ocorrência de disфония em algum momento de sua vida docente.

A literatura refere que há uma maior frequência de alterações vocais no sexo feminino (ORTIZ et al., 2004; SMITH et al., 1998), concordando com nossos dados encontrados. A frequência vocal semelhante à das crianças e os critérios anatómicos da laringe predispõem um aparecimento mais frequente de disфония entre as mulheres (CALAS, 1989; SAPIR; KEIDAR; MATHERS-SCHUMIDT, 1993; PENTEADO; PEREIRA, 1999).

Não encontramos associação significativa entre tempo de profissão, número de alunos por classe e presença de disфония, concordando com Lemos e Rumel (2005). Nossos resultados apontaram para uma associação entre carga horária semanal e disфония, coincidindo com os dados de Fuess e Lorenz (2003).

Mjaavatn (1980) descreveu em seu trabalho maior suscetibilidade à disфония em professores que trabalhavam em ambientes secos e com muita poeira, assim como Ferreira et al. (2003). Associação significativa também foi encontrada em nosso estudo.

No mesmo estudo, Mjaavatn (1980) relatou que professores com menor tempo de magistério possuem maior probabilidade de desenvolver disфония devido a sua excessiva carga horária. Marks (1985) apontou o contrário em seu estudo, mostrando maior prevalência de disфония em professores mais antigos. Em nosso trabalho, não observamos correlação significativa entre idade e tempo de profissão com frequência de disфония, assim como Sapiro, Keidar e Mathers-Schumidt (1993). Para Fuess e Lorenz (2003), isso se deve ao fato de que os professores com alterações vocais relevantes são muitas vezes remanejados em seus serviços, ou seja, são adaptados em outras funções na educação no intuito de se reduzirem suas queixas vocais.

Não observamos associação com atividade vocal extraocupacional (cultos religiosos, filhos pequenos, canto

e outras profissões que demandem esforço vocal) em professores disfônicos, concordando com o estudo da literatura consultada (ORTIZ; LIMA; COSTA, 2004).

Fatores relacionados ao estilo de vida também podem ser prejudiciais à voz, dentre eles tabagismo, uso excessivo de álcool, comportamentos e hábitos alimentares inadequados – relacionados, frequentemente, ao refluxo laringofaríngeo (FORTES et al., 2007). Não encontramos, entretanto, relação de disфония com tabagismo e ainda com tabagismo passivo, coincidindo com Lemos e Rumel (2005).

Analizamos os sintomas mais frequentes de afecções associadas, como os da rinite alérgica. Observamos, dentre os sintomas analisados, relação significativa entre presença de disфония com obstrução nasal e tosse. Dados da literatura (ORTIZ; LIMA; COSTA, 2004) ressaltam a importância da rinite alérgica como um fator predisponente ou agravante para quadros disfônicos, mas nenhum estudo definitivo conseguiu demonstrar tal associação.

Penteado e Pereira (1999) mostram que, nos quadros alérgicos, com a formação do edema das mucosas nasais e do trato vocal, há uma dificuldade para a vibração das pregas vocais, abafando a projeção vocal e exigindo um maior esforço ao falar; diante disso, os autores reconhecem que a eliminação de fatores irritantes laríngeos (incluindo-se os fatores ambientais), juntamente à promoção de hábitos que melhorem a higiene vocal, auxiliariam no tratamento das disfonias ocupacionais.

O refluxo gastroesofágico, particularmente a forma atípica da doença, o refluxo laringofaríngeo, é extremamente prevalente nos profissionais da voz, em parte pelo esforço físico decorrente de suas atividades vocais (pelo aumento da pressão intra-abdominal e pelas técnicas respiratórias usadas para suporte) e pelos hábitos alimentares e de vida, muitas vezes desregrados, dessa população (ECKLEY; SATALOFF; SILVA, 2002). Em nosso trabalho, encontramos 20,63% de dispepsia apresentando associação significativa com a disфония. Segundo Eckley, Sataloff e Silva (2002), o refluxo laringofaríngeo chega a estar implicado em 70% a 90% das alterações vocais, devendo ser considerado pelo laringologista e por qualquer profissional envolvido no tratamento do profissional da voz.

Dentre os sintomas associados às queixas vocais (fadiga vocal, dor de garganta, xerostomia, cervicalgia, hipoacusia e zumbido), observamos associação significativa entre disфония e dor de garganta (36,5%), xerostomia (34,9%) e fadiga vocal (34,1%), com $p=0,0003$, $p=0,035$ e $p=0,041$, respectivamente. Os sintomas relatados pelos sujeitos pesquisados são compatíveis com os descritos pela literatura consultada (FERREIRA et al., 2003; LEMOS; RUMEL, 2005). Relação significativa entre fadiga vocal e disфония foi relatada por Fuess e Lorenz (2003) e Ortiz, Lima e Costa (2004), concordando com os nossos dados. Ferreira et al. (2003) apontam para a associação significativa entre queixas vocais e alterações de audição e zumbidos, não sendo observado o mesmo em nosso estudo.

A alta prevalência de fadiga vocal associada a queixas vocais é frequentemente relatada na literatura (FUSS; LORENZ, 2003; GOOTAS; STARR, 1993; LEMOS; RUMEL, 2005). Segundo Koufman e Blalock (1988), a fadiga vocal associada aos distúrbios profissionais da voz constitui a chamada “Síndrome Laríngea de Tensão-Fadiga”, caracterizada por qualidade vocal flutuante, pior após esforço ou períodos de estresse, associada a suporte respiratório inadequado.

Dor de garganta com relação significativa também foi observada nos estudos de Fuess e Koufman, concordando com os dados encontrados neste estudo.

Um passo importante à garantia da atenção à saúde do professor talvez possa ser dado no momento em que ele seja atendido por uma equipe interdisciplinar especializada e que programas e ações de promoção, prevenção, proteção específica, manutenção e recuperação sejam articulados, visando à melhor prestação de serviço a esta categoria profissional (PENTEADO; PEREIRA, 1999).

O diagnóstico e o tratamento de afecções concomitantes, como rinite alérgica e refluxo gastroesofágico, permitem a identificação precoce de sintomas de disfonia e a intervenção imediata.

Referências

ABRAHÃO, M.; CERVANTES, O.; HADDAD, L. *Voz e disfonia*. In: FUKUDA, Y. *Guia de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Manole, 2003. p. 321-329.

CALAS, M. V. et al. La pathologie vocale chez l'enseignant. *Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie*, France, v. 110, n. 4, p. 397-406, 1989.

ECKLEY, C. A., SATALOFF, R.T.; SILVA, M. A. A. Voz profissional. In: CAMPOS, C. A. H., COSTA, H. O. O. (Ed.). *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2002. p. 535-544.

FERREIRA, L. P. et al. Condições de produção vocal de professores da prefeitura do município de São Paulo. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 275-307, 2003.

FORTES, F. S. G. et al. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 1, p. 27-31, jan./fev. 2007.

FUZZ, V. L. R.; LORENZ, M. C. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 807-812, nov./dez. 2003.

Conclusão

A disfonia apresenta elevada prevalência (87,3%) entre os professores do Ensino Fundamental da rede pública municipal deste estudo. A carga horária semanal (em horas) foi a única variável associada com a presença de rouquidão na atividade profissional. Os sintomas mais relatados envolvendo alergia respiratória são a obstrução nasal, o prurido nasal e a tosse, todos eles apresentando relação com a presença de disfonia. A dispepsia é o único sintoma descrito que apresentou associação significativa com a disfonia no estudo. Outros sintomas significantes associados às queixas vocais são: dor de garganta, xerostomia e fadiga vocal.

Um ponto importante a ser destacado diz respeito à necessidade de melhoria do ambiente físico e das condições de trabalho, visto ter sido verificada uma relação significativa de alguns fatores (poeira, ambiente seco e carga horária semanal excessiva) com a ocorrência de disfonia. São fatores nos quais se pode intervir de forma direta e simples e ainda podem auxiliar na redução da ocorrência de patologias relacionadas ao trabalho.

Sugere-se a adoção de estratégias preventivas e educativas na atenção integral desses profissionais para o bom uso da voz.

GOOTAS, C.; STARR, C. D. Vocal fatigue among teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, Basel, v. 45, p. 120-129, 1993.

KOUFMAN, J. A.; BLALOCK, P. D. Vocal fatigue and disphonia in the professional voice user: Bogart-Bacall syndrome. *The Laryngoscope*, United States, v. 98, n. 5, p. 493-498, may 1988.

LEMOS, S.; RUMEL, D. Ocorrência de disfonia em professores de escolas públicas da rede municipal de ensino de Criciúma-SC. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 7-13, 2005.

MARKS, J. B. *A comparative study of voice problems among teachers and civil service workers*. 1985. Tese - Universidade de Minnesota, Minnesota, 1985.

MATTISKE, J. A.; OATES, J. M.; GREENWOOD, K. M. Vocal problems among teachers: a review of prevalence, causes, prevention and treatment. *Journal of Voice*, United States, v. 12, n. 4, p. 489-499, Dec. 1998.

MJAAVATN, P. E. Voice difficulties among teachers. In: Apresentação no XVIII CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF LOGOPEDICS AND PHONiatrICS. Washington, 1980.

ORTIZ, E. et al. Proposta de modelo de atendimento multidisciplinar para disfonias relacionadas ao

trabalho: estudo preliminar. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 590-596, set./out. 2004.

ORTIZ, E.; LIMA, E. A.; COSTA, E. A. Saúde vocal de professores da rede municipal de ensino de cidade do interior de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 263-266, out./dez. 2004.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade

de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 25, n. 95/96, p. 109-130, 1999.

SAPIR, S.; KEIDAR, A.; MATHERS-SCHUMIDT, B. Vocal attrition in teachers: survey findings. *European – Journal of Disorders of Communication*, England, v. 28, n. 2, p. 77-185, 1993.

SMITH, E. et al. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. *Journal of Voice*, United States, v. 12, n. 3, p. 328-334, Sept. 1998.

Apêndice 1: Questionário

Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Medicina
Área de Concentração: Otorrinolaringologia

Protocolo de Pesquisa
Prevalência de queixas vocais e estudo de fatores associados em professores de
Ensino Fundamental

1) Identificação:

- Nome: _____
- Sexo () Masculino () Feminino
- Idade () Até 25 () 31 - 35 () 41 - 45 () 51 - 55
 () 26 - 30 () 36 - 40 () 46 - 50 () Mais de 55
- Estado Civil: _____

2) Histórico ocupacional:

- Já teve rouquidão: () Sim () Não
- Tempo de profissão: _____
- Carga horária semanal: _____
- Número de alunos por classe atendida: _____
- Tipo de classe em que leciona: Pré-escola () Classe de alunos especiais () Ensino fundamental ()
- Ambiente de trabalho:
- | | | | | |
|-----------------------------|-------------|---------------------|--------------|-----------|
| Adequação do espaço físico: | () Amplo | () Pequeno | () Adequado | |
| Problemas no espaço físico: | () Poeira | () Giz | () Seco | () Úmido |
| | () Carpete | () Ar condicionado | () Terra | |
| Acústica: | () Boa | () Ruim | | |
- Atividades extraocupacionais com esforço vocal:
- | | | | |
|------------------------------------|---------|---------|-------------|
| Canto: | () Sim | () Não | |
| Filhos pequenos: | () Sim | () Não | |
| Cultos religiosos: | () Sim | () Não | |
| Outra profissão com esforço vocal: | () Sim | () Não | Qual? _____ |
- Já se afastou do trabalho por problemas vocais? () Sim () Não

3) Avaliação da voz:

- Frequência de rouquidão: () Ausente () Frequente
 () Eventual () Constante
- Tempo de ocorrência: _____
- Antecedentes familiares: _____
- Presença de sintomas concomitantes sugestivos de rinite alérgica e de refluxo gastroesofágico:
- | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| () Obstrução nasal | () Prurido | () Dispneia |
| () Espirros em salva | () Azia | () "Má digestão" |
| () Dor abdominal | () Náuseas | () Tosse |
- Tabagista (Fuma?): () Sim () Não
- É fumante passivo? () Sim () Não
- Quantos cigarros fuma por dia?
- | | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------|
| () Raramente / 1 a 5 cigarros | () meia carteira | () mais de 1 carteira |
| () menos de meia carteira | () 1 carteira | |
- Sintomas associados: () Cansaço ao falar () Cervicalgia () Boca seca
 () Dor de garganta () Hipoacusia () Zumbidos
- Já teve doença na laringe diagnosticada por um Otorrinolaringologista:
() Não () Sim Qual? _____

Ser ou não ser um artífice – uma questão para a Saúde do Trabalhador?

To be or not to be a craftsman – a question for Workers' Health?

SENNETT, Richard. *O artífice*. Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2009. 360p.

Em *O artífice*, publicado pela Editora Record em 2009, Richard Sennett dá continuidade a um projeto iniciado na década de 1990, quando se voltou para o entendimento do novo mundo do trabalho. *A corrosão do caráter* (SENNETT, 1998) foi o primeiro passo desse projeto e, neste, Sennett buscou demonstrar como a ética do capitalismo “flexível” afeta negativamente o ser humano, corroendo as relações e o caráter. Em 2002, ele publicou *Respect in a world of inequality*, onde trata das relações sociais no mundo capitalista (SENNETT, 2002). Em 2006, no livro *A cultura do novo capitalismo*, delineia as mudanças ocorridas entre as formas anteriores de capitalismo e a forma atual (global e flexível) e seu impacto sobre os valores pessoais e sobre os modos de viver dentro e fora das organizações (SENNETT, 2006).

Professor e sociólogo formado nas Universidades de Chicago e de Harvard, Richard Sennett publicou outras obras de interesse sociológico e incluiu em seu currículo, também, livros de ficção (SENNETT, 2008).

Na presente obra, o autor dá um tom mais positivo às suas análises. O texto centra-se na “habilidade artesanal” definida por ele como “[...] um impulso humano básico e permanente, o desejo de um trabalho benfeito [*sic*] por si mesmo” (p. 19). Para falar desta habilidade natural para o trabalho, Sennett divide o texto em três partes: artífices, artesanato e habilidade artesanal, que por sua vez se subdividem em 10 capítulos, incluindo, ainda, o prólogo e a parte conclusiva.

Já no prólogo o autor tenta explicar para o leitor quando lhe surgiu o “incômodo” em relação à temática do livro. Segundo ele, nas discussões com Hannah Arendt, sua mestra, as questões sobre o homem e sua práxis trouxeram-lhe não só explicações, mas dúvidas. Dúvidas que se centraram no “por que” e no “como” fazemos as coisas.

No capítulo 1, denominado de *O artífice inquieto*, Sennett define o que considera “Artífice”: o trabalho prático, artesanal que requer do seu executor o desenvolvimento de habilidades e competências diversas. A busca de soluções para os problemas com os quais se depara no trabalho reafirma a vinculação entre o fazer e o pensar, seja o Artífice um carpinteiro ou um regente de orquestra. O que o torna um Artífice é, principalmente, uma “condição humana especial”: o engajamento. Numa linguagem culta e inteligente, remetendo o leitor ao passado e ao tempo presente, nesse capítulo, ele busca responder como ocorre este engajamento e

para isso faz uma crítica às práticas “motivacionais” que incentivam a competição, aos avanços tecnológicos que em nome da capacitação impedem a construção do *savoir-faire* por parte dos trabalhadores e às medidas conflitantes de desempenho (qualidade x quantidade), divergentes do trabalho do Artífice.

No capítulo 2, o autor descreve espaços de trabalho diferenciados (guildas medievais, ateliês e oficinas) onde atuam os Artífices. Demonstra que estes espaços sociais de trabalho organizam-se sob diferentes normas, padrões de desempenho, formas de relacionamento e de autoridade, sendo esta forma de organização do trabalho responsável pela motivação. Suas análises coadunam-se com as proposições da Psicologia Organizacional do Trabalho e da Ergonomia que enfatizam a importância de se conhecer a organização do trabalho, que interfere não só na realização da atividade de trabalho, mas também nos sentimentos a ele vinculados. Mais do que a motivação, Sennett considera que a forma como é organizado o trabalho pode favorecer (no caso das guildas) ou não (no caso dos ateliês e das oficinas de fabricação de violinos Stradivari e Guarneri) a transferência do conhecimento, bem como dar à atividade de trabalho um caráter coletivo. Segundo ele, a ênfase nos aspectos ligados à “originalidade” da obra, presente nos ateliês e nas oficinas, rompeu com o caráter coletivo, favorecendo a centralização e a não disseminação do conhecimento.

Máquinas é o título do terceiro capítulo e nele o autor leva o leitor a viajar pelo tempo do Iluminismo. O “projeto Iluminista” parece ir ao encontro da concepção materialista de Sennett. A Enciclopédia de Diderot é utilizada para revelar os sentimentos e as concepções deste período em relação às mudanças ocorridas no mundo, principalmente àquelas relativas ao trabalho e ao surgimento das máquinas. As análises sobre a enciclopédia o levam a pensar que os Iluministas estabeleciam uma relação positiva com as máquinas que começavam a surgir. Dois conceitos são importantes para compreender as discussões delineadas pelo autor no transcorrer do capítulo: replicantes e robôs. Sennett os denomina como ferramentas-espelho na medida em que levam o homem a pensar sobre si mesmo. O replicante refere-se à máquina que complementa alguma função humana; o robô, diferentemente do anterior, amplia, em muito, determinada capacidade, levando o homem a deparar-se com seus limites. O robô, ao levar o homem a deparar-se com o seu limite, pode fortale-

cê-lo, levando-o ao desenvolvimento de novos talentos. Isto é denominado por ele como o “fracasso salutar”. É salutar, portanto, que o Artífice aceite a máquina e encare a sua imperfeição, pois a obsessão pela perfeição pode levá-lo à desmotivação.

No quarto capítulo, Richard Sennett descreve o que ele entende por *Consciência material*. Para ele, todos os Artífices dispõem de uma consciência material. Com esta afirmação, deseja demonstrar que a consciência das coisas (as ideias, as representações e os pensamentos) não está desvinculada das coisas em si. O mundo material objetivo está interligado e influencia o mundo das ideias. Para o Artífice, isso significa que a sua consciência material tem afinidade com a sua atividade de trabalho, é, ainda, uma consciência engajada: o Artífice é curioso, é interessado no que pode ser modificado em seu trabalho. No restante do capítulo, o autor se detém a descrever, por meio de exemplos (do oleiro, da fabricação de tijolos), diferentes formas de consciência material. Cabe mencionar, contudo, a forma de consciência material denominada por Sennett como “presença”: é a marca pessoal deixada pelo trabalhador no seu trabalho. Por meio de especificidades na fabricação (de tijolos, por exemplo), ele (o Artífice tijoleiro) confirmava sua existência. Não por meio de uma assinatura, mas por meio de símbolos ou de peculiaridades que dava ao produto de seu trabalho. Fazer isso dava-lhe sustentação, afirmando sua presença no mundo.

Na segunda parte de sua obra, denominada “Artesanato”, conforme ele mesmo descreve: passa “[...] a tratar das maneiras como o Artífice adquire e desenvolve atividades físicas específicas para fazê-lo” (p. 165). Inicia, assim, analisando *A mão* e sua relação com o cérebro, no quinto capítulo. Exemplos de atividades artesanais dos músicos, dos cozinheiros e de insufladores de vidro são utilizados pelo autor na busca de objetivar suas afirmações. O que, no entanto, é utilizado para dar qualidade e clareza ao texto – o detalhamento, a análise minuciosa de exemplos – pode dispersar o leitor desavisado, fazendo-o afastar-se do foco central das discussões oferecidas pelo autor.

Além de demonstrar como o desenvolvimento das mãos, dos movimentos de apreensão e das habilidades do toque foi importante para o desenvolvimento do pensamento, não mera consequência do cérebro sobre o corpo, o capítulo traz uma importante reflexão sobre a forma de lidar com o erro e sua relação com o desenvolvimento de habilidades manuais. Para Sennett é possível aprender conhecendo a técnica, mas esta aprendizagem está intimamente ligada à disposição de experimentar por meio do erro. A aprendizagem da técnica envolve também a repetição, não uma repetição fragmentada e mecanizada de ações, mas uma repetição que permita ao Artífice tomar consciência das coisas. Nesta tomada de consciência, torna-se possível aprimorar seu autocontrole, utilizar de forma adequada e equilibrada suas forças e habilidades, sincronizar corpo e mente e concentrar-se naquilo que faz de forma a envolver-se emocionalmente e intelectualmente com sua atividade.

No capítulo seguinte, *O princípio da instrução, mestre, em vez de dizer*, a questão da aprendizagem continua sendo foco. Agora, entretanto, o autor irá tratar uma das formas utilizadas pelos mestres ou especialistas para ensinar: os manuais. Ele apresenta as dificuldades existentes na linguagem de manuais elaborados por especialistas, que tentam ensinar ao principiante o “como fazer”. Considera que, assim como na oficina é relevante que o mestre não só diga como, mas demonstre por meio de atos os procedimentos corretos, em um manual esta máxima também deve ser considerada. Utilizando como exemplo uma receita culinária, Sennett destaca que um manual deve orientar e antecipar as dificuldades do aprendiz, demonstrar simpatia (colocando-se no lugar de quem aprende) e instruir de forma expressiva.

Do ponto de vista material, as pequenas coisas ganham grandes significações. No sétimo capítulo, esta visão é identificada na análise que o autor faz das ferramentas. Mais do que mero objeto, Sennett considera que os instrumentos estimulam o pensar. Muitas vezes, sua própria limitação leva o artífice a reinventar seus usos, descobrindo novas aplicações, por isso, o nome do capítulo *Ferramentas estimulantes*. Um aspecto relevante a ser destacado é que esta reinvenção não ocorre somente pelo acaso, pelo imprevisível. É o *savoir-faire*, o conhecimento acumulado pelo artífice que permite a ele fluir a imaginação e a criatividade, autorizando-o a questionar e a modificar o uso das coisas.

A forma como o Artífice deve lidar com as dificuldades e imprecisões – *Resistência e ambiguidade* – que se impõem na realização de sua atividade é a temática do capítulo 8. O autor apresenta, como exemplo de modos diferenciados de lidar com a resistência, o trabalho de dois engenheiros urbanos, que encararam dificuldades semelhantes na construção de túneis sob o rio Tâmis. Por meio destes, Sennett demonstra que o bom Artífice não somente tenta combater a resistência, mas, mais do que isto, ele apresenta condutas pró-ativas e formas de pensar que rompem com a tentativa de enfrentamento e que permitem a ele reconfigurar o problema.

Na terceira parte de sua obra, *Habilidade Artesanal*, Sennett irá tratar de questões relativas à motivação e ao talento. No penúltimo capítulo – *O trabalho voltado para a qualidade* – trata, portanto, de entender o desejo do Artífice pelo trabalho bem feito. Este desejo ou motivação relaciona-se, segundo o autor, às características de personalidade do Artífice. Ele tende a possuir uma energia obsessiva que o leva a uma busca intensa e constante por um trabalho de qualidade. Sennett destaca, contudo, que este desejo pessoal não se encontra desvinculado da organização social. As organizações são responsáveis por proporcionarem um ambiente que favoreça o uso positivo destas características, seja fortalecendo a capacitação do Artífice, seja contribuindo para que ele aprenda a gerir sua obsessão, “questionando-a e moderando-a” (p. 297). O autor acrescenta que não basta reconhecer e capacitar, tornando o trabalhador um especialista, são necessárias formas de gestão que favoreçam a sua socialização, por consequência, a transferência de conhecimento.

O último capítulo, *Habilidade*, inicia com uma afirmação um tanto polêmica: a de que qualquer pessoa pode tornar-se um bom Artífice. Trazendo discussões sobre os testes de inteligência e sua capacidade real de avaliar as habilidades do Artífice, Sennett advoga a tese de que a aprendizagem dessas habilidades inicia-se na infância e é aprimorada pelos jogos infantis. Considera que é por meio do jogo que ocorre a apreensão de regras pelas crianças, que testam seus limites e vão apreendendo o mundo das coisas. Sendo assim, o fazer (trabalhar) nasce do brincar.

Sennett finaliza sua obra enfatizando três questões centrais relativas ao trabalho: 1) é ele que nos coloca no mundo e define as relações que estabelecemos; 2) este fazer não é neutro, nem os objetos que ele cria; e 3) é importante o orgulho pelo trabalho, mas ele não deve se constituir em uma cegueira. Desta forma, o autor deseja romper com a aura de inocência que rodeia o trabalho humano. Ele pode não ser para o bem comum, pode causar o mal, por isso, é necessário que o Artífice reflita constantemente sobre os aspectos éticos relativos ao seu trabalho.

Creemos que, apesar da tentativa de destrinçar as ideias centrais, somente a leitura integral do livro permitirá a compreensão de determinados pressupostos aqui colocados. A riqueza de detalhes do autor, que se utiliza também de uma linguagem expressiva e imaginativa, só pode ser percebida na leitura do mesmo.

Agradecimentos

A autora agradece a leitura e as discussões relativas ao livro e à presente resenha realizada pelo Professor Doutor Mário César Ferreira e demais colegas do Ecos – Núcleo de Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde/UnB.

O texto nos remete a uma reflexão sobre a relação ser humano-trabalho, em que “ser ou não ser um artífice” não parece tratar-se somente de uma questão, mas de algo essencial para trazer o sentimento de realização no trabalho e, portanto, essencial para a saúde mental do trabalhador. Tal reflexão perpassa pela necessidade da criação de ambientes de trabalho mais saudáveis, que favoreçam esta ligação afetiva (positiva) com o trabalho. Todos aqueles que se interessam pelas diferentes facetas do trabalho terão neste livro um campo fértil para reflexões e questionamentos.

Referências

- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- _____. *Respect in a world of inequality*. London: Penguin, 2002.
- _____. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- _____. *A brief biography*. 2008. Disponível em: <<http://www.richardsennett.com/site/SENN/Template/General.aspx?pageid=8>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

Magali Costa Guimarães

Doutora em Psicologia e Professora do Centro
Universitário de Brasília/UniCEUB – Brasília/DF
magalicostaguimaraes@hotmail.com

Agradecimentos aos consultores ad hoc desta edição

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte, MG
Adriana Cristina S. Melzer – São Paulo, SP
Ana Cristina Côrtes Gama – UFMG, Belo Horizonte, MG
Ana Maria Chiesa – EEUSP, São Paulo, SP
Ana Regina de Aguiar Dutra – UniSul, Florianópolis, SC
Anaclaudia Gastal Fassa – UFPel, Pelotas, RS
Anadergh Barbosa Branco – UNB, Brasília, DF
Ângela Paula Simonelli – UFPR, Curitiba, PR
Ângelo Soares – UQAM (Université Du Québec), Montreal, Canadá
Aparecida Neri de Souza – Unicamp, Campinas, SP
Carlos Henrique Alves de Rezende – UFU, Uberlândia, MG
Carlos Sergio da Silva – Fundacentro, São Paulo, SP
Cássia Maria Buchala – USP, São Paulo, SP
Celita Salmaso Trelha – UEL, Londrina, PR
Celso Stephan – Unicamp, Campinas, SP
Cristiane Queiroz Barbeiro Lima – Fundacentro, São Paulo, SP
Daniéla Oliveira Magro – Unicamp, Campinas, SP
Débora Miriam Raab Glina – USP, São Paulo, SP
Denise Alvarez – UFF, Rio de Janeiro, RJ
Edith Seligman-Silva – USP, São Paulo, SP
Elizabeth Costa Dias – UFMG, Belo Horizonte, MG
Eugênio Paceli Hatem Diniz – Fundacentro, Belo Horizonte, MG
Everardo Andrade da Costa – Unicamp, Campinas, SP
Everardo Duarte Nunes – Unicamp, Campinas, SP
Fátima Sueli Neto Ribeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ
Fátima Correa Oliver – USP, São Paulo, SP
Flora M. G. Vezzà – USCS, São Caetano, SP
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte, MG
Girlene Ribeiro de Jesus – UnB, Brasília, DF
Gislaine C. O. Cervený – Unimep, Piracicaba, SP
Greice Maria de Souza Menezes – UFBA, Salvador, BA
Heleno R. Corrêa Filho – Unicamp, Campinas, SP
Heloisa Brunow Ventura Di Nubila – USP, São Paulo, SP
Iara Bittante de Oliveira – PUC, Campinas, SP
Irlon de Ângelo da Cunha – Fundacentro, São Paulo, SP
Izabel Cristina Ferreira Borsoi – UFES, Vitória, ES
Jamir Sardá Jr. – Univali, Itajaí, SC
João A. Camarotto – UFSCar, São Carlos, SP
José Tarcísio Penteado Buschinelli – Fundacentro, São Paulo, SP
Julia Issy Abrahão – UNB, Brasília, DF
Jussara Cruz Brito – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ

Leda Leal Ferreira – Fundacentro, São Paulo, SP
Leny Sato – USP, São Paulo, SP
Letícia Marin-Leon – Unicamp, Campinas, SP
Lucia Kurdian Maranhã – Veris Faculdades, Campinas, SP
Luiz Eugênio Nigro Mazzilli – Fundecto, São Paulo, SP
Luiz Henrique Borges – Emescam, Vitória, ES
Márcia Hespanhol Bernardo – PUC, Campinas, SP
Marco Antonio F. da Costa – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ
Maria Carmen Martinez – Hospital Samaritano, São Paulo, SP
Maria Inês Monteiro – Unicamp, Campinas, SP
Maria Maeno – Fundacentro, São Paulo, SP
Mary Sandra Carlotto – ULBRA, São Leopoldo, RS
Marta Dischinger – UFSC, Florianópolis, SC
Mônica Angelim G. de Lima – UFBA, Salvador, BA
Nadia A. de Souza – UEL, Londrina, PR
Neice Müller Xavier Faria – SMS-BG, Bento Gonçalves, RS
Neusa Maria Costa Alexandre – UNICAMP, Campinas, SP
Norma Suely Souto Souza – INSS, Salvador, BA
Paulo Alves Maia – Fundacentro, Campinas, SP
Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira – MPS, Brasília, DF
Pedro Carlos Gama da Silva – Embrapa, Petrolina, PE
Regina Heloisa Maciel – UECE e Unifor, Fortaleza, CE
Renato Bonfatti – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ
Rita Fernandes – UFBA, Salvador, BA
Roberto Carlos Ruiz – SMS, Itapema, SC
Roberto Heloani – FGV, São Paulo, SP
Roberto Marini Ladeira – Hospital João XXIII, Belo Horizonte, MG
Rose Colom Toldrá – USP, São Paulo, SP
Rosemeire Aparecida Scopinho – UFSCar, Ribeirão Preto, SP
Selma Lancman – USP, São Paulo, SP
Sergio de Assis – Unimed, Ribeirão Preto, SP
Silmara Cimbalista – FAE/Ipardes, Curitiba, PR
Simone Santos Oliveira – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ
Thais Helena de Carvalho Barreira – Fundacentro, São Paulo, SP
Vera Lucia Martinez Vieira – USP, São Paulo, SP
Vilma Souza Santana – UFBA, Salvador, BA

Normas para publicação na Revista

Instruções aos autores

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada. Para os trabalhos realizados no Brasil, será exigida informação acerca de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

A RBSO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do *International Committee of Medical Journal Editors* - ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/publishing_10register.html), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: http://www.icmje.org/faq_clinical.html. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

É de responsabilidade do(s) autor(es) promover(em) as devidas revisões gramaticais no texto encaminhado, bem como se preocupar com a obtenção de autorização de direitos autorais com relação ao uso de imagens, figuras, tabelas, métodos etc. junto a outros autores ou editores, quando for o caso.

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Ensaio: reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Relato de experiência: relato de caso original de intervenção ou de experiência bem-sucedida; deve indicar uma experiência inovativa, com impactos importantes e que mostre possibilidade de reprodutibilidade. O manuscrito deve explicitar a caracterização do problema e a descrição do caso de forma sintética e objetiva; apresentar e discutir seus resultados, podendo, também, sugerir recomendações; deve apresentar redação adequada ao escopo de uma publicação científica, abordar a metodologia empregada para a execução do caso relatado e para a avaliação dos seus resultados, assim como referências bibliográficas pertinentes (até 56.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 15.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Processo de julgamento das contribuições

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores *ad hoc*.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento

dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Conflitos de interesses

Autores, revisores e editores devem explicitar possíveis conflitos de interesses, evidentes ou não, relacionados à elaboração ou avaliação de um manuscrito submetido. Os conflitos podem ser de ordem financeira/comercial, acadêmica, política ou pessoal. Todas as formas de apoio e financiamento à execução do trabalho apresentado pelo manuscrito submetido devem ser explicitadas pelos autores. O revisor/avaliador também deve apresentar à editoria da revista eventuais conflitos de interesses que possam influenciar a sua análise ou opinião e manifestar, quando for o caso, a impropriedade ou inadequação de sua participação como revisor de um determinado manuscrito.

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol.

O texto deverá ser elaborado empregando fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Deve ser pertinente, completo e sintético. Deve incluir informação geográfica (localidade) e temporal (período de realização do estudo), quando apropriado.

b) Nome e sobrenome de cada autor.

c) Instituição a que cada autor está filiado, incluindo cidade e país onde está localizada.

d) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria / editoria da RBSO.

e) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

f) Se o trabalho foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se o trabalho foi baseado em tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se o trabalho foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

i) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos para as seções artigos, revisões e ensaios devem ter resumo na língua principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1.400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chave / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS (<http://decs.bvs.br/>), adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações entre parênteses devem ser feitas em caixa alta (maiúsculas) e fora de parênteses em caixa baixa (minúsculas). As citações indiretas ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). Para dois autores: Lima e Araújo (2006) ou (LIMA; ARAÚJO, 2006). Quando houver três autores: Vilela, Iguti e Almeida (2004) ou (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, acrescido de et al., como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Tratando-se de citação direta (literal), o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi retirado, como nos exemplos a seguir: Ex.1- ... conforme descrito por Ali (2001, p. 17):

“Grande número dessas dermatoses não chegam às estatísticas e sequer são atendidas no próprio ambulatório da empresa”. Ex.2- (SOUZA; SILVA; ALMEIDA, 2004, p. 24). Ex.3- quando houver quatro ou mais autores (FONSECA et al., 2003, p. 41). As citações diretas de até três linhas devem estar contidas entre aspas duplas, conforme o Ex.1 acima. As citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com fonte menor que a utilizada no texto e sem aspas. Ex.:

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos comuns de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone e computador... (NICHOLS, 1993, p. 181).

f) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002. Os exemplos apresentados a seguir têm um caráter apenas de orientação e foram elaborados de acordo com essa norma:

Livro

WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

Capítulo de livro

NORWOOD, S. Chemical cartridge respirators and gas masks. In: CRAIG, E. C.; BIRKNER, L. R.; BROUSSEAU, L. *Respiratory protection: a manual and guideline*. 2. ed. Ohio: American Industrial Hygiene Association, 1991. p. 40-60.

Artigos de periódicos

BAKER, L.; KRUEGER, A.B. Medical cost in workers compensation insurance. *Journal of Health Economics*, Netherlands, v. 14, n. 15, p. 531-549, 1995.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio/jun. 2001.

Artigo ou matéria de revista, jornal etc.

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jun. 1989. Folha Turismo, Caderno 8, p. 13.

Tese, dissertação ou monografia

SILVA, E. P. *Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo*. 1973. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

Evento como um todo

SEMINÁRIO PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA: ENFOQUE AMBIENTAL, 2., 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

Resumo ou trabalho apresentado em congresso

FISCHER, R. M.; PIRES, J. T.; FEDATO, C. The strengthening of the participatory democracy. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTERNATIONAL SOCIETY FOR THIRD-SECTOR RESEARCH (ISTR), 6., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: Ryerson University, 2004. v. 1, p. 1.

Relatório

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. Relatório de Gestão 1995-2002. São Paulo, 2003. 97p.

Relatório técnico

ARCURI, A. S. A.; NETO KULCSAR, F. Relatório Técnico da avaliação qualitativa dos laboratórios do Departamento de Morfologia do Instituto de Biociências da UNESP. São Paulo. Fundacentro. 1995. 11p.

CD-ROM

SOUZA, J. C. et al. Tendência genética do peso ao desmame de bezerros da raça nelore. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA, 35, 1998, Botucatu. *Anais...* Botucatu: UNESP, 1998. 1 CD-ROM.

MORFOLOGIA dos artrópodes. In: ENCICLOPÉDIA multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini, 1998. CD-ROM 9.

Fita de vídeo

CENAS da indústria de galvanoplastia. São Paulo: Fundacentro, 1997. 1 videocassete (20 min), VHS/NTSC., son., color.

Documento em meio eletrônico

BIRDS from Amapá: banco de dados. Disponível em: <<http://www.bdt.org>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2006.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1999.

Constituição Federal

BRASIL. Constituição (1988). Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Brasília, DF, Senado, 1988.

Decretos

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 48.822, de 20 de janeiro de 1988. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 217-220, 1998.

g) Tabelas, quadros e figuras: Serão publicadas em Preto e Branco. Devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas, o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações, o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas, não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo de tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo Word, extensão .doc). Os gráficos podem ser executados no software Excel (extensão .xls) e enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão .jpg, ou .eps, ou .tiff. Ilustrações devem ser executadas no software Coreldraw, versão 10 ou menor (extensão .cdr) ou Illustrator CS2 (extensão .ai), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

h) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

Envio dos trabalhos

Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço eletrônico rbso@fundacentro.gov.br, com cópia para rbsofundacentro@gmail.com, em formato Word, extensão doc (ver detalhe nesta Norma).

O envio da Declaração de Direitos Autorais deverá ser feita pelo correio para:

Secretaria da RBSO:
a/c Sra. Elena Riederer
Fundacentro
Rua Capote Valente, 710 – Térreo
05409 002 • São Paulo – Capital – Brasil

Eventuais esclarecimento poderão ser feitos por e-mail (endereços acima), pelo telefone (11) 3066-6099 ou pelo fax (11) 3066-6060.



Centro Técnico Nacional (CTN)

Rua Capote Valente, 710
Cep: 05409-002 / São Paulo-SP
Telefone: (11) 3066.6000

Unidades Descentralizadas

Centro Regional da Bahia (CRBA)

Rua Alceu Amoroso Lima, 142 - Caminho das Árvores
Cep: 41820-770 / Salvador-BA
Telefone: (071) 3272.8850
Fax: (071) 3272.8877
E-mail: crba@fundacentro.gov.br

Centro Regional do Distrito Federal (CRDF)

Setor de Diversões Sul, 44 - Bloco A-J, 5º andar, salas 502 a 521 - Centro Comercial Boulevard
Cep: 70391-900 / Brasília-DF
Telefone: (061) 3535.7300
Fax: (061) 3223.0810
E-mail: crdf@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Minas Gerais (CRMG)

Rua dos Guajajaras, 40 - 13º e 14º andares - Centro
Cep: 30180-100 / Belo Horizonte-MG
Telefone: (31) 3273.3766
Fax: (31) 3273.5313
E-mail: crmg@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Pernambuco (CRPE)

Rua Djalma Farias, 126 - Torreão
Cep: 52030-190 / Recife-PE
Telefone: (81) 3241.3643
Fax: (81) 3241.3802
E-mail: crpe@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Espírito Santo (CEES)

Rua Cândido Ramos, 30 - Edifício Chamonix - Jardim da Penha
Cep: 29065-160 / Vitória-ES
Telefone: (27) 3315.0044
Fax: (27) 3315.0045
E-mail: cees@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Pará (CEPA)

Rua Bernal do Couto, 781 - Umarizal
Cep: 66055-080 / Belém-PA
Telefone: (91) 3222.1973
Fax: (91) 3222.2049
E-mail: cepa@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Paraná (CEPR)

Rua da Glória, 175 - 2º, 3º e 4º andares - Centro Cívico
Cep: 80030-060 / Curitiba-PR
Telefone: (41) 3313.5200
Fax: (41) 3313.5201
E-mail: cepr@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio de Janeiro (CERJ)

Rua Rodrigo Silva, 26 - 5º andar - Centro
Cep: 20011-902 / Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (21) 2507.9041
Fax: (21) 2508.6833
E-mail: cerj@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio Grande do Sul (CERS)

Avenida Borges de Medeiros, 659 - 10º andar - Centro
Cep: 90020-023 / Porto Alegre-RS
Telefone/Fax: (51) 3225.6688
E-mail: cers@fundacentro.gov.br

Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)

Rua Silva Jardim, 213 - Prainha
Cep: 88020-200 / Florianópolis-SC
Telefone: (48) 3212.0500
Fax: (48) 3212.0572
E-mail: cesc@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação da Baixada Santista (ERBS)

Rua Dr. Carvalho de Mendonça, 238 - conj. 22 - Vila Belmiro
Cep: 11070-101 / Santos-SP
Telefone: (13) 3223.2815
Fax: (13) 3223.7389
E-mail: erbs@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação de Campinas (ERCA)

Área administrativa:
Rua Delfino Cintra, 1050 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone/Fax: (19) 3232.5269

Área técnica:
Rua Marcelino Vélez, 43 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone: (19) 3232.5879 / 3234.2006
Fax: (19) 3232.5269
E-mail: ercam@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação do Mato Grosso do Sul (ERMS)

Rua Geraldo Vasques, 66 - Vila Costa Lima
Cep: 79003-023 / Campo Grande-MS
Telefone: (67) 3321.1103
Fax: (67) 3321.2486
E-mail: erms@fundacentro.gov.br

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO DESENVOLVIMENTO
DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO

Rua Capote Valente, 710
São Paulo - SP
05409-002
tel.: 3066-6000

