FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JOÃO RENAN SILVA DE FREITAS

OS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RIO GRANDE
2007

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

OS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

JOÃO RENAN SILVA DE FREITAS

Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal do Rio Grande para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem e Saúde
Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde
Orientação: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE
2007

F862 Freitas, João Renan Silva de
Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário / João Renan Silva de Freitas. -- Rio Grande : Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2007.
73p. ; 29,7 cm.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho
Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.
Referências bibliográficas: f. 57 – 66

1. Enfermagem. 2. Distúrbio osteomuscular. 3. trabalho.
I. Lunardi Filho,Wilson Danilo. II. Universidade Federal do Rio Grande

CDU 613.6.027:616-051

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus todo poderoso, a quem devemos tudo...

Aos meus pais, que com grande esforço e dedicação fizeram com que eu chegasse até aqui...

À minha esposa Kênia, querida amiga e companheira que, com seu incentivo, fez com que o caminho fosse menos árduo...

Aos meus queridos filhos Saul, Síssel e Samuel que são um incentivo permanente para a minha vida e as minhas vitórias...

Ao Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho que, além de orientador, foi um amigo com palavras de incentivo...

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10

2. REVISÃO DE LITERATURA 15
2.1 O Trabalho e o Labor 15
2.2 O Ser Humano e seu Trabalho 16
2.3 O Trabalho e as Doenças Ocupacionais 17
2.4 A Organização do Trabalho e as Doenças Ocupacionais 19
2.5 Os Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho 21
2.6 Aspectos Conceituais de LER/DORT 23
2.7 DORT: Uma Epidemia Mundial 24
2.8 A Etiologia Multicausal Dos DORT 25
2.9 A Organização do Trabalho e os DORT 27
2.10 Principais Manifestações dos DORT 29
2.11 O Diagnóstico de DORT 30
2.12 OS DORT e os Profissionais de Enfermagem 34
2.13 A Enfermagem, seu Trabalho e suas Categorias Profissionais 36

3. METODOLOGIA 39
3.1 Local do Estudo 39
3.2 Procedimentos Metodológicos 39
3.3 Contexto do Estudo 40
3.4 As Entrevistas 40
3.5 Participantes 41
3.6 Proteção dos Direitos Humanos 41

4. ANÁLISE DOS DADOS 42

4.1 Enfermagem: uma profissão majoritariamente feminina 42
4.2 A insuportabilidade da dor: motivo para buscar tratamento médico 46

4.3 Trabalho sob medicação 48
4.4 Permitindo-se sentir dor somente ao final do expediente 49
4.5 Continua trabalhando apesar do diagnóstico 50
4.6 Sintomatologia – repercussões na realização do trabalho 51
4.7 Diminuição do rendimento X críticas da chefia e colegas 52

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 54

6. REFERÊNCIAS 57

7. APÊNDICES 67

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO 68

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PACIENTES COM DORT 69

APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E DA CHEFIA DE ENFERMAGEM 72

APÊNDICE IV - MEMORANDO DE APRESENTAÇÃO AO CEPAS 73

RESUMO

FREITAS, J.R.S. Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário, 2007. 81p. Dissertação de Mestrado – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O objetivo geral deste estudo foi verificar a ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em membros da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Teve como objetivos específicos: estimar a prevalência de DORT entre os membros da equipe de enfermagem; identificar os sintomas de DORT mais freqüentes entre esses profissionais e as regiões do corpo que mais freqüentemente afetadas; verificar o índice de absenteísmo, em decorrência dos DORT no período de janeiro de 2005 a outubro de 2006; identificar as características (sexo, idade, categoria profissional, e setor de trabalho) dos adoecidos. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, cujos dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas. A equipe de enfermagem do HU é formada por profissionais que exercem as funções de enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, onde temos 61 enfermeiros, 46 técnicos de enfermagem, e 204 auxiliares. A amostra foi composta por 21 trabalhadores com queixas osteomusculares, no período compreendido entre 1º de janeiro de 2005 a outubro de 2006, selecionados com base em dados fornecidos pela chefia do serviço de enfermagem. Deste total, 6 não quiseram participar do estudo, não tendo apresentado o motivo. Os resultados evidenciaram que as categorias de auxiliar e técnicos foram as mais acometidas por DORT, sendo todos os adoecidos do sexo feminino, 8 da categoria de auxiliar e 7 de técnico de enfermagem, com maior índice de acometimento na idade entre 40 e 49 anos. Nas falas dos adoecidos consegue-se perceber o sofrimento destes, pois os DORTs ainda hoje apresentam-se como um problema pouco conhecido pelos adoecidos e muitas vezes sem a correta abordagem por parte dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: trabalho, distúrbio osteomuscular, enfermagem.

ABSTRACT

FREITAS, J.R.S. The Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSD) in professionals of nursing in a Academical Hospital, 2007. 81p. Dissertation of Master's degree - Foundation Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The general objective of this study was to verify the Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSD) in members of the team of nursing of the Academical Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. It had as specific objectives: to esteem the rate of WMSD among the members of the nursing team; to identify the symptoms of more frequent WMSD between those professionals and the areas of the body that more frequently affected; to verify the absenteeism index, due to WMSD in the period of January of 2005 to October of 2006; to identify the characteristics (sex, age, professional category, and work section) of those gotten sick. It was treated of a research qualitative, exploratory and descriptive, whose data were collected through a questionnaire with open and closed questions. The team of nursing of HU is formed by professionals that exercise functions of nurse, auxiliaries and technician, where we have 61 nurses, 46 technicians, and 204 auxiliary. The sample was composed by 21 workers with complaints osteomusculares, in the period understood among January 1, 2005 to October of 2006, selected with base in data supplied by the leadership of the nursing service. Of this total one, 6 didn't want to participate in the study, not having presented the reason. The results evidenced that the categories of auxiliaries and technicians were the more attacked by WMSD, being all gotten sick them of the feminine sex, 8 of the category of auxiliaries and 7 of technicians, with larger index in the age between 40 and 49 years. In the speeches of those gotten sick it is gotten to notice the suffering of these, because WMSD still today come as a problem little known by the gotten sick and a lot of times without the correct approach on the part of the professionals of the health.

Key words: Work; Musculoskeletal Disorders; Nursing.

RESUMEN

FREITAS, J.R.S. Los Distúrbios Músculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo en los profesionales de Enfermería de un Hospital Academico, 2007. 81p. La disertación del grado de Maestro - la Fundación la Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

El objetivo general de este estudio fue verificar los Distúrbios Músculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo en los miembros del equipo de enfermería del Hospital Academico Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Tenía como los objetivos específicos: estimar la proporción de Distúrbios Músculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo entre los miembros del equipo lactante; identificar los síntomas de Distúrbios Músculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo más frecuente entre esos profesionales y las áreas del cuerpo que más frecuentemente son afectadas; verificar el índice de absentismo debido a esos distúrbios en el periodo de enero de 2005 a octubre de 2006; para identificar las características (el sexo, la idad, la categoría profesional, y sección de trabajo) de aquéllos enfermados. Se trató de una investigación cualitativo, exploratorio y descriptivo cuyos datos eran reunidos a través de un cuestionario conteniendo preguntas abiertas y cerradas. El equipo de enfermería del HU se forma por profesionales que ejercen funciones de enfermera, auxiliar y técnico, dónde nosotros tenemos 61 enfermeras, 46 técnicos y 204 auxiliares. La muestra estaba compuesta por 21 trabajadores con quejas músculo-esqueléticas en el periodo entendido entre el 1 de enero de 2005 a octubre de 2006, seleccionado con base en datos proporcionados por la dirección del servicio de enfermería. De este total, 6 no quisieron participar en el estudio, e no presentaro la razón. Los resultados evidenciaron que las categorías de auxiliares y técnicos eran las más atacadas por esos distúrbios, siendo todos ellos del sexo femenino, 8 de la categoría de auxiliares y 7 de técnicos, con el índice más grande en la edad entre 40 y 49 años. En los discursos de aquéllos enfermados se podió notar su sufrimiento, porque los Distúrbios Músculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo todavía hoy, viene como un problema poco conocido por los enfermos y muchas veces sin el acercamiento correcto por parte de los profesionales de la salud.

Palabras-claves: Trabajo; Disturbio músculo-esquelético; Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

Nossa sociedade está passando por intensas e rápidas transformações, as quais têm afetado a vida dos seres humanos, com ênfase muito grande no mundo do trabalho (ANTUNES, 2000). No trabalho, há um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que o trabalho é uma fonte de equilíbrio e saúde, pode representar uma causa de estresse e de adoecimento. Deste modo, conforme a situação, tanto pode fortalecer a saúde física como ser uma fonte de estresse para o trabalhador (DEJOURS, 1994).

Na atualidade, as doenças ocupacionais constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que ocorram, anualmente, no mundo, cerca de 160 milhões de doenças profissionais, dados esses baseados somente em doenças não transmissíveis. Deste total, morrem aproximadamente 2 milhões de trabalhadores a cada ano acometidos de doenças ocupacionais e/ou acidentes ocorridos no ambiente de trabalho (OIT, 1999).

Na prática social do conjunto da sociedade, o trabalho constitui-se na questão fundamental. Além de ser o meio de garantir a vida material, constitui parte da essência do ser humano. Contudo, a forma de trabalho utilizada para garantir a sobrevivência, muitas vezes, coloca o homem numa situação conflituosa, pois, se de um lado garante condições para a manutenção da vida, por outro, contraditoriamente, pode provocar doenças, diminuir a capacidade vital e, até mesmo, levar à morte (ORSO *et al.*, 2001).

Assim sendo, o mesmo trabalho que tornou possível a humanização dos seres humanos, produziu também desafios para a área da saúde (MUROFUSE; MARZIALE, 2001), pois os trabalhadores não apenas adoecem, mas podem, até mesmo, morrer devido às causas relacionadas ao trabalho, como conseqüência das condições adversas em que o realizam (MENDES; DIAS, 1999). Portanto, por meio do trabalho, a humanidade conquistou grandes avanços; de um lado, proporciona facilidades e benefícios e, de outro, acarreta problemas à saúde dos trabalhadores. Dentre eles encontram-se as Doenças/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), também denominadas Lesões por Esforços Repetitivos (LER), cuja determinação é fundamentalmente relacionada com as mudanças em curso na

organização do trabalho e, secundariamente, com as inovações tecnológicas resultantes da reestruturação produtiva (SALIM, 2003).

Segundo o Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT, nos últimos anos, dentre as doenças ocupacionais mais freqüentemente registradas, estão incluídas os DORT, que são apontados como a segunda causa de morbidade na população adulta em vários países, inclusive, no Brasil. Atualmente, os DORT constituem um problema de saúde pública, devido ao aumento significativo de casos, podendo levar o profissional à incapacitação temporária ou, até mesmo, permanente (SANTANA *et al.*, 1998; SANTOS FILHO; BARRETO, 2002).

Observando os vários estudos científicos e relacionando o aparecimento de doenças osteomusculares com o trabalho, ocorreu-me a idéia de fazer esta pesquisa dos DORT, que acometem os profissionais de enfermagem, especificamente em relação às suas condições de trabalho, sendo as causas mais prováveis do adoecimento desses trabalhadores. Os resultados deste estudo poderão não só aprofundar os conhecimentos sobre esta temática, como também possibilitar a proposição de medidas de promoção e proteção à saúde do trabalhador dessa área, no ambiente hospitalar.

O hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (ANVISA, 2002). O ambiente de trabalho hospitalar é potencialmente insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infecto-contagiosas e exigir a realização de muitos procedimentos, que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde.

No ambiente hospitalar, há riscos não só de acidentes decorrentes do contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, mas também daqueles decorrentes do caráter industrial que têm essas Instituições, como o caso dos serviços que envolvem centrais de processamento e esterilização de materiais, cozinha, manutenção de equipamentos, zeladoria, laboratórios, lavanderia, entre outros (OLIVEIRA et al., 1982). Poucos locais de trabalho são tão complexos como um hospital. Além de dispor de todos os cuidados básicos de saúde a um grande número de pessoas, os hospitais também oferecem riscos quanto à saúde de seus

trabalhadores hospitalares, dependendo do local ou mesmo, das atividades que os mesmos desenvolvem.

Em serviços de saúde, principalmente em hospitais, o sofrimento psíquico-emocional é muito grande, uma vez que esses profissionais lidam com a dor e o sofrimento de seus pacientes e também de seus familiares que necessitam de uma atenção especial. Esta instabilidade emocional, observadas em seus funcionários, gera uma certa irritabilidade emocional, ansiedade, sonolência ou insônia, cefaléia, e outras. Assim sendo, os hospitais deveriam contar com um suporte psicológico, para que pudessem compartilhar de suas angústias e aprender a lidar com elas. Outro detalhe importante são as condições de trabalho que lhes são oferecidas para desempenhar suas tarefas ou atividades de enfermagem, uma vez que a organização e o conteúdo das mesmas não lhes são favoráveis, pois vêm com um mínimo de tempo para serem realizadas; o nível de barulho é outro fator estressante que pode comprometer a saúde dos que neles trabalham. Para isso uma sessão de relaxamento seria a alternativa (SENTONE, 2002).

Mesmo que estas instituições prestem bons serviços à população, também são responsáveis por todo o dano que causar à saúde dos que ali trabalham.

Dentre os diversos riscos ocupacionais a que estão submetidos os trabalhadores, na área da saúde, podemos enumerar outros tantos como biológicos, físicos, químicos, psicossociais e também os ergonômicos. Tais riscos predispõem os trabalhadores a adoecerem e a sofrer acidentes de trabalho, quando medidas de segurança não são adotadas (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Os fatores de riscos biológicos, químicos e físicos são os principais geradores de insalubridade e periculosidade, no ambiente hospitalar, capazes de comprometer a saúde dos profissionais de enfermagem. Devido às condições precárias para realizar o trabalho, estão sendo colocados à mercê de tais riscos, que são responsáveis pelo aparecimento de muitas doenças (BULHÕES, 1994). As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o processo de atualização, objetivando acompanhar os avanços técnicos-científicos são fatores que contextualizam a situação de trabalho do pessoal de enfermagem em vários países (ROYAS; MARZIALE, 2001).

A equipe de enfermagem que trabalha em hospitais se destaca por ocupar a segunda posição, no que se refere à profissão, cujos profissionais mais se acidentam no trabalho. Isto se deve a alguns fatores como, por exemplo: a responsabilidade por realizar cerca de 60% das ações de saúde, ter contato direto com doentes, além da diversidade de atribuições que são de sua responsabilidade executar (BULHÕES, 1994). Analisando-se os aspectos ergonômicos de atividades que os profissionais da equipe de enfermagem realizam, sobressaem-se os relativos ao transporte e movimento de pacientes, sob condições desfavoráveis, deficiência numérica de seus componentes, além de equipamentos inadequados e sem condições adequadas de manutenção (ALEXANDRE; ANGERAMI, 1993).

Por outro lado, em nosso país, muitos profissionais de enfermagem, talvez pela idealização da profissão, enfrentam os riscos do ofício, pois muitas vezes absorvidos pela realização de tarefas complexas, que estão exercendo, sofrem algum acidente com danos à sua saúde. Outras vezes correm riscos também pelas condições insalubres; muitos não as consideram, pouco fazendo para que não se repitam (ROBAZZI; MARZIALE, 2004). Pelo fato de se ter um corpo doente para cuidar, enfraquecido pela dor e sofrimento, que pode vir a morrer e morre, este ser, objeto de trabalho dos profissionais de enfermagem, faz com que esses profissionais acarretem, para si, situações de ansiedade e tensão, potencializando as cargas psíquicas, já existentes, decorrentes do ambiente de trabalho, quer pela falta de liberdade, nas decisões pessoais, na divisão das tarefas de trabalho, na supervisão constante e no ritmo intenso da realização dos mesmos (SILVA, 1996).

Como os profissionais de enfermagem constituem um grupo heterogêneo, onde há um número muito grande de pessoas do sexo feminino, é visível que a capacidade produtiva delas se diferencie das demais quer no fator emocional, físico e social. Dentre eles, a obtenção de vários empregos, realização de plantões extras, tipo de clínicas onde suas atividades são desenvolvidas, ritmo intenso de trabalho, assistência direta a pessoas doentes, com risco de vida muitas vezes, poluição ambiental (riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos), carência de equipamentos e material de apoio, falta de locais adequados e condições para satisfação das necessidades básicas (ingestão, alimentação, comunicação, exercícios e repouso), acúmulo de atribuições e ansiedade, por não atendimento

dos interesses pessoais e familiares, além dos ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes (BRASIL, 2001).

Investigações sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem ainda têm sido escassas no Brasil. A categoria carece de investigações adequadas, já que mal se conhece o perfil de morbidade associada aos afastamentos do trabalho dos seus profissionais. Esta investigação está inserida na linha de pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde, com ênfase na Saúde do Trabalhador, e tem como objeto de estudo a equipe de enfermagem do Hospital Universitário, que pode ser acometida por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Diante do exposto, com a sua realização, teve-se os seguintes objetivos:

1. Verificar a ocorrência de DORT entre os membros da equipe de enfermagem;
2. Identificar os sintomas de DORT mais freqüentes entre esses profissionais;
3. Identificar as regiões do corpo que mais freqüentemente são afetadas;
4. Verificar o número de dias não trabalhados em decorrência dos DORT, no período de janeiro de 2005 a outubro de 2006;
5. Identificar as características (sexo, idade, categoria profissional e setor de trabalho) dos adoecidos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Trabalho e o Labor

O trabalho é o exercício da atividade humana, quaisquer que sejam a esfera e a forma, sob as quais esta atividade seja exercida. A história do trabalho teve início juntamente com a história do ser humano, pois, no momento em que este precisou buscar os meios para satisfazer as suas necessidades e garantir a sobrevivência da espécie, deu origem ao trabalho. Portanto, o trabalho foi o ponto de partida para a humanização do ser social, tornando-se fator decisivo no processo de humanização do homem (BRAVERMAN, 1991).

Quando se procura um conceito para a palavra trabalho, observa-se que não é tão simples conceituá-lo como a princípio pode parecer, principalmente, quando se associa o trabalho ao ser humano. O termo trabalhar tem origem no latim vulgar, derivando-se do termo “tripaliare”, martirizar com o tripalium (instrumento feito de três paus aguçados, com pontas de ferro, no qual os antigos agricultores batiam os cereais para processá-los, mas também é definido como instrumento de tortura, o que nos leva a pensar que, além de ter sido usado neste tipo de trabalho, também serviu com instrumento molestador em alguma época) (FERREIRA, 1986).

No latim clássico, a palavra “laborare” significa a ação do labor, ou seja, trabalhar, laborar, executar, empenhar-se em algo e, também, sofrer, padecer, estar doente, estar em dores de parto, cansar-se, fatigar-se, sucumbir (KRAWULSKI, 1991). A associação da palavra trabalho ao verbo “tripaliare” originou, talvez, a relação do labor com situações de padecimento, castigo, suplício torturante (ALBORNOZ, 1992). Ainda hoje, quando se fala em trabalho, nosso primeiro pensamento é o de algo penoso, sacrificante, que requer um esforço físico muito grande. Talvez, isso se deva aos ensinamentos bíblicos, nos quais se encontra o trabalho em Gênesis como um castigo imposto por Deus ao homem por ter pecado: “do suor do teu rosto, comerás o teu pão” (BIBLIA SAGRADA, 1989).

No sistema capitalista vigente em nossa sociedade, a visão do ser humano que trabalha mostra-se deturpada, pois vem sendo conveniente para os patrões considerá-la apenas como força de trabalho, a qual é tida como uma mercadoria como tudo o mais, sendo por esta característica de possuidor dessa mercadoria que

o trabalhador interessa ao capitalista. Por sua vez, a divisão do trabalho, no sistema capitalista, faz com que a produtividade seja grandemente aumentada e, assim, vem tornando possível o progresso econômico, isto é, o enriquecimento, a civilização e o avanço de toda a sociedade. Porém, o salário e as condições de trabalho são apenas o suficiente para a sobrevivência e manutenção de sua força de trabalho viva e atuante, sendo essa uma condição ultrajante, pois fere as condições humanas do trabalho, contribuindo, dentre outros, para o aparecimento das doenças ocupacionais (BRAVERMAN, 1991).

2.2 O Ser Humano e seu Trabalho

O trabalho constitui uma das ações mais importantes da vida do ser humano, pois é, através desta atividade, que o homem garante a sua subsistência. Desta forma, devido à importante dimensão do trabalho, para o desenvolvimento da humanidade, deve-se respeitar a vida e a saúde do trabalhador, deixar-lhe tempo livre para o descanso e distração e permitir realização pessoal. Desta maneira, o significado do trabalho não se restringe, apenas, à prestação de serviços e recebimento de salários, muito menos, deve ser um fator que origine doenças.

O trabalhador tem necessidades que precisam ser atendidas nas situações de trabalho, como a de exercer controle pessoal sobre o próprio trabalho, a de interação pessoal e a de assegurar a existência de um sentido em suas tarefas pessoais, dentro de uma relação com um todo significativo. Além destas, há ainda a necessidade de perceber reconhecimento social pelo trabalho desenvolvido e outras necessidades ligadas ao contexto sócio-econômico e cultural (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Quando se estuda a relação homem-trabalho, surgem três questões importantes que devem ser levadas em conta: a primeira é que o organismo do trabalhador não é um “motor humano”, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas. A segunda questão revela que o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal, que se concretiza pelo alcance, com certa qualidade, de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas e que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais. Por último, o trabalhador, em razão de

sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais, que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que se denomina estrutura da personalidade (DEJOURS, 1987).

O trabalho assume proporções cada vez mais significativas na vida do ser humano de hoje. Talvez, as organizações sejam atualmente o meio principal para o homem adquirir sua identidade, buscar seu ego ideal. Deve-se entender que, para que isso aconteça, essas organizações devem dar condições a que os trabalhadores executem o trabalho com liberdade, em que possam desfrutar momentos de prazer e de não sofrimento, podendo demonstrar sua capacidade criativa e usar de suas habilidades (HANDY apud RODRIGUES, 1999).

2.3 O Trabalho e as Doenças Ocupacionais

Desde a antigüidade, o trabalho já era concebido como algo de grande influência nas condições de viver, adoecer e morrer dos seres humanos. Hipócrates, o Pai da Medicina, já chamava a atenção para a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da condição social como fatores determinantes no aparecimento das doenças. A questão da saúde do trabalhador já vem sendo motivo de preocupação, desde o século XIX. Foi, neste período, que as empresas passaram a adquirir serviços médicos, com o intuito de manter em equilíbrio a saúde dos seus trabalhadores, garantindo, assim, uma maior produtividade. Viu-se que o melhor mecanismo para manter o controle e prevenir as doenças profissionais era que houvesse uma adequada interação entre o ambiente e o trabalhador. Em geral, há muitas características positivas do trabalho e a população de trabalhadores é normalmente mais saudável que a população de não trabalhadores. Há, entretanto, resultados negativos à saúde associados com vários tipos de trabalho e estes podem ser manifestados na maioria dos órgãos do corpo (RANNEY, 2000).

Estudos datados do século XVIII descrevem o sofrimento físico e mental dos escribas e notários acometidos por distúrbios osteomusculares. No livro de Bernardino Ramazzini publicado no ano de 1700, o autor descreve afecções músculoesqueléticas presentes entre os notários, escribas e secretários de príncipes, atribuindo-as a três fatores básicos: vida sedentária, movimento contínuo e repetitivo da mão e atenção mental, para não manchar os livros. (RAMAZZINI, 1992).

O aparecimento de doenças relacionadas às atividades de trabalho tem se apresentado como fator determinante do número de afastamentos de trabalhadores, por problemas físicos ou psicopatológicos e que necessitam de tratamento e acompanhamento adequados, para evitar a sua cronificação (BRANDIMILLER,1997). Nas últimas décadas, com as transformações no processo de produção, a reestruturação produtiva (automação do processo de produção), as elevadas exigências de produção, a competitividade exacerbada, as mudanças na gestão do trabalho e as novas políticas de gestão de pessoal, o que antes se restringia aos artesãos, escribas e digitadores, se estende, agora, a diversas categorias profissionais (RAMAZZINI, 1992). Portanto, trabalhar é um importante fator de risco à saúde, porém, este não é inerente ao trabalho, mas sim ao modo como os seres humanos o idealizam e concretizam (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O trabalho como uma atividade social complexa exige do trabalhador adaptação e enfrentamento de conflitos, diante dos quais ele pode sucumbir ao aspecto mais doloroso das possibilidades “prazer e sofrimento”, “saúde e doença”. Quando os recursos internos do trabalhador não são suficientes e/ou as condições de trabalho são desfavoráveis, existe a possibilidade de adoecimento. Esse processo faz parte da subjetividade ocorrida na relação trabalhador e seu trabalho. Não existem culpados, existem fatores desencadeadores ou determinantes (VASQUES-MENEZES, 2004).

Condições físicas e ambientais do local de trabalho, organização do trabalho, diferenças individuais não atendidas nos processos de produção, variáveis de ordem psicossocial dos ambientes de trabalho e de ordem individual – tanto psicológica, quanto relativa aos hábitos e atividades da vida extra-ocupacional – contribuem para o desenvolvimento de doenças ocupacionais ou para o agravamento de sintomas ou doenças pré-existentes (GONÇALVES; FISCHER, 2004).

As doenças que têm relação com o trabalho são classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em duas categorias: a) Doenças profissionais propriamente ditas, em que o agente causal é bem definido como, por exemplo, a silicose; b) Doenças relacionadas ao trabalho, em que os fatores ligados ao trabalho constituem apenas parte das causas (OMS, 1985). Assim, as doenças relacionadas ao trabalho são os distúrbios, nos quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários, dentre os quais, os laborais. Essas doenças/distúrbios do trabalho podem ser causadas ou agravadas por exposições nos locais, onde existam

condições laborais adversas e, assim, podem diminuir ou extinguir a capacidade laboral (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1994).

A concepção do trabalho não se resume especificamente a fatores ergonômicos, mas também a fatores sociais, de segurança, econômicos, de máquinas e equipamentos, da satisfação pelo próprio trabalho, entre outros fatores, que devem ser analisados para a preservação da saúde do trabalhador (FIALHO; SANTOS, 1997). Ramazzini, no século XVIII, antecipando alguns conceitos básicos de medicina social, enfatizou a importância do estudo das relações entre o estado de saúde de uma determinada população e suas condições de vida, que estavam, segundo ele, na dependência da situação social (ROSEN, 1994).

Há vários estudos, no Brasil, demonstrando a gravidade dos problemas de saúde dos trabalhadores brasileiros, em decorrência dos processos de trabalho a que estes estão submetidos (MENDES, 1986). Portanto, as doenças relacionadas ao trabalho podem ser causadas, em parte, pelas condições de trabalho desfavoráveis e serem agravadas, aceleradas ou exacerbadas pela exposição a outros fatores presentes no ambiente de trabalho e, assim, diminuir a capacidade de trabalho (OMS, 1985).

2.4 A Organização do Trabalho e as Doenças Ocupacionais

Desde muitos anos antes do surgimento do sistema capitalista, já se observava os acidentes de trabalho nas escavações de minas, canais e túneis, na construção de pontes e monumentos e na navegação. O que o modo de produção capitalista trouxe de novo foi, ao mesmo tempo, a banalização e seletividade social maior das enfermidades e mortes prematuras por acidentes e doenças do trabalho, muitas delas, até então, pouco ou nada conhecidas (RIBEIRO, 1999).

A relação de trabalho típica da sociedade capitalista é o trabalho assalariado[1]. O salário no regime capitalista é entendido, apenas, como a remuneração suficiente

---

[1] Após a revolução industrial, o sistema social predominante em todo o mundo é o capitalista, no qual há o predomínio quantitativo da relação social de capital. Para Lopez Velasco (1996), esta relação inclui as seguintes características: a) o trabalho assalariado predomina quantitativamente sobre qualquer outra relação laboral entre proprietários e não proprietários de meios de produção; b) na área da produção e intercâmbio de produtos predomina quantitativamente a porção daqueles que constituem mercadorias (ou seja, produtos produzidos aos efeitos de sua venda e não do seu consumo imediato pelo primeiro dono); c) o motor da produção é a busca de valorização sucessiva de um valor (de troca) dado.

para manter o trabalhador vivo. Nesta linha de raciocínio, o capitalista paga efetivamente o valor da força de trabalho, porém deixa de lado as necessidades inerentes ao ser humano. O trabalho, nestes casos, torna-se apenas algo inevitável, perdendo o seu caráter libertador em relação à natureza, já que ele não consegue moldá-la e nem alterá-la e, conseqüentemente, não se molda e nem se modifica a si mesmo (FROMM, 1983).

No capitalismo, ao longo de sua evolução, foram estabelecidos alguns modelos de processos de trabalhos hegemônicos que, dessa forma, favorecem perfis de morbimortalidade diferenciados. Marx aponta para os modelos de cooperação simples, manufatura e maquinaria, enquanto Freyssenet acrescenta ainda, a automação. Pode-se afirmar categoricamente que o trabalho em si não é gerador de doenças, porém, a forma como este se organiza, como se dão seus processos e suas relações é que podem torná-lo nocivo e perigoso. (COHN; MARSIGLIA, 1994).

A Organização do trabalho é a divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, das questões de responsabilidades. Na organização do trabalho, há uma divisão dos trabalhadores em postos diferentes de trabalho, para conseguirem executar a tarefa, pois, o produto do trabalho, para ser realizado, passa por vários trabalhadores e por diversos processos de trabalho. Nessa organização, as atividades estão sujeitas à regulação proveniente da interação entre as pessoas, desenvolvendo-se, portanto, sempre numa relação com o outro, entre o individual e o coletivo. Mas, além dessa regulação, as atividades no cotidiano do trabalho são perpassadas pelas contradições entre o prescrito e o real (DEJOURS, 1994).

O Taylorismo, caracterizado como uma nova tecnologia da organização do trabalho, apresentou e continua apresentando como conseqüência mais evidente a repercussão fulminante na saúde do corpo do trabalhador, uma vez que as exigências físicas, em decorrência de novos tempos e ritmos de trabalho, colocam o corpo como ponto nevrálgico, visto que os operadores são submetidos aos ritmos das máquinas e não ao ritmo de seu próprio corpo (OLIVEIRA, 2003). A morbidade é determinada pela concentração de grupos de trabalhadores em poucas atividades, limitando sua mobilidade e introduzindo a monotonia e a repetição e a ruptura entre

concepção e execução, com repercussões no equilíbrio psíquico do trabalhador (COHN; MARSIGLIA, 1994).

No fordismo, o grau de automação imposto ao trabalho, associado às mudanças importantes na forma de organização da jornada, como o regime de turnos alternantes, produziu mudanças no perfil da morbimortalidade-mortalidade, que se associou, no final dos anos 60, ao aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho, das operações tartaruga como maneiras de resistência ao controle fordista, dando sinais do esgotamento desta forma de gestão, divisão e organização do trabalho (HUMPHREY, 1982).

Portanto, o trabalhador no sistema capitalista vive em constante estresse, não poderia se esperar que fosse diferente, porque está sob um regime que o massacra como ser humano, alienando-o do seu trabalho, em todos os aspectos da relação trabalho/trabalhador. Este estresse constante vivido pelo trabalhador faz com que haja um aumento no risco de desenvolver doenças psíquicas e/ou físicas, ou mesmo acelerar o seu desencadeamento. Se todos os aspectos físicos do ambiente e do posto de trabalho fossem otimizados, ainda assim os trabalhadores se queixariam de problemas relacionados ao trabalho, pois as solicitações intelectuais e psicossociais inerentes ao trabalho podem produzir tanto queixas físicas quanto emocionais (SMITH, 1982). Em outras palavras, o processo do trabalho é um dos determinantes principais do processo saúde-enfermidade das coletividades humanas. Isto se fundamenta, por um lado, no reconhecimento da historicidade ou caráter social da saúde-enfermidade e, por outro lado, na recuperação do trabalho como um processo social e técnico completo (LAURELL ; NORIEGA, 1989).

2.5 Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho

Entre as inúmeras doenças relacionadas ao trabalho, sem dúvida nenhuma, a que mais se destacou, principalmente na segunda metade do século XX, foi a ocasionada pelos esforços repetitivos. Em muitos países, os DORT ocorreram em forma de epidemia e, principalmente, a partir da década de 1980, passaram a constituir-se em um fenômeno mundial. Prova disso é que a incidência de doenças profissionais, medida a partir da concessão de benefícios previdenciários, manteve-se praticamente inalterada, entre 1970 e 1985. A partir daí, observou-se um

crescimento com padrão epidêmico, registrando-se um coeficiente de incidência, em torno de sete vezes mais, em relação ao período anterior. Esse aumento acentuado deveu-se, principalmente, aos casos de DORT, os quais foram responsáveis por cerca de 80 a 90% dos casos de doenças profissionais registrados nos últimos anos, no Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2001).

As afecções musculoesquelético relacionadas com o trabalho que, no Brasil, tornaram-se conhecidas, inicialmente, como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e, depois, como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam o principal grupo de agravos à saúde, entre as doenças ocupacionais em nosso país. Tratam-se de distúrbios de importância crescente em vários países do mundo, com dimensões epidêmicas em diversas categorias profissionais, apresentando-se sob diferentes formas clínicas, de difícil manejo por parte de equipes de saúde e de instituições previdenciárias. Por essas características, geram inquietações e, por vezes, questionamentos sobre os limites do papel do médico e de outros profissionais, dentro da equipe de assistência à saúde (BRASIL, 1997).

Vieira (1998) apresenta uma descrição da evolução histórica dos DORT no século passado. Segundo este autor, o reconhecimento destas afecções na Suíça foi feito, desde 1918, principalmente entre os mecanógrafos e telegrafistas, muitas vezes, indenizados voluntariamente pelos empregadores. No Japão, já no fim da década de 1950, havia uma preocupação com a importância do problema. Em 1958, teve início, neste país, a epidemia de DORT, denominada de tenossinovite, sendo que, em 1965, essa denominação foi mudada para Síndrome Cervicobraquial e, no ano de 1973, para Desordem Ocupacional Cervicobraquial.

Em 7 de agosto de 1987, finalmente, os DORT foram reconhecidos como doença ocupacional ou do trabalho pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (Portaria nº 4062, D.O.U., 1987). Um grande avanço, no que concerne aos DORT, foi conseguido no ano de 1993, quando o Ministério da Previdência Social, revendo sua norma técnica de 1991 para a avaliação da incapacidade, adotou uma outra com um texto mais abrangente, em que são considerados os estágios clínicos e evolutivos.

Em 1988, O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) operou uma revisão da Norma Técnica sobre LER, dando origem à nova Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade Laborativa, para fins de Benefícios Previdenciários, na qual é substituído o termo LER pela denominação Distúrbios Osteomusculares

Relacionados ao Trabalho – DORT (Brasil, 2000). Mesmo assim, o termo LER ainda vem sendo usado, principalmente pelos leigos como sinônimo de DORT. Os DORT representam, ainda hoje, um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos, não só no Brasil como também em outros países. Têm sido, nos últimos anos, dentre as doenças ocupacionais registradas, as mais prevalentes, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora segurada (VIEIRA, 1998).

2.6 Aspectos Conceituais de LER/DORT

A terminologia DORT tem sido preferida por alguns autores em relação a outros tais como: Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO), por evitar que, na própria denominação, já se apontem causas definidas (como, por exemplo: "cumulativo" nas LTC e "repetitivo" nas LER) e os efeitos (como, por exemplo: "lesões" nas LTC e LER) (BRASIL, 2003).

Quando a exposição a um risco no local de trabalho associa-se diretamente a um dado resultado para a saúde, o termo “doença ocupacional” é apropriado. Entretanto, quando existem, no trabalho, múltiplos fatores associados à doença e até quando as exposições não ocupacionais podem produzi-la, então, o termo “doença relacionada ao trabalho” é o mais adequado. Se o resultado para a saúde apresenta um claro processo ou agente patológico, então, o termo “doença” é apropriado. Todavia, quando alguns dos resultados são de patogênese incerta, podendo consistir de sintomas sem sinais óbvios, então, o termo “distúrbio” é mais preciso (RANNEY, 2000).

Quando procuramos um conceito para LER/DORT, encontramos não somente um, mas vários conceitos de diferentes autores, em que uns são mais abrangentes do que outros. Porém, ao exame mais profundo, constata-se que nenhum deles vem de encontro ao outro, embora, haja discordâncias referentes à caracterização dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, sendo utilizados vários termos, dependendo do aspecto clínico que se quer enfatizar ou do modelo que se quer adotar, para lidar com o problema (VERTHEIN; MINAYO-GOMES, 2000).

Couto (1991) traz a nomenclatura de Lesões por Traumas Cumulativos e as define como lesões inflamatórias de músculos e/ou fáscias e/ou nervos nos

membros superiores ocasionados pela sua utilização biomecânica incorreta, que resultam em dor, fadiga, queda de *performance* no trabalho, incapacidade temporária e, conforme o caso, podem evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, nesta fase, agravada por fatores psíquicos (no trabalho ou fora dele) capazes de reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo. A LER é um conjunto de doenças que acometem os nervos, músculos e tendões juntos ou separadamente, com característica degenerativa e cumulativa e é sempre precedida de dor ou incômodo. Quando a origem da afeccção for uma atividade ocupacional, denomina-se DORT (LIMA, 2000). Daí porque muitos autores preferem usar o termo DORT, por permitir um reconhecimento de um maior número de entidades mórbidas relacionadas ao trabalho (KUORINKA; FORCIER, 1995).

Os DORT, por definição, abrangem quadros clínicos do sistema musculoesquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (Ribeiro, 1997). Portanto, a denominação Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) é uma expressão abrangente, que se refere aos distúrbios ou doenças do sistema musculoesquelético, principalmente, de pescoço e membros superiores, relacionados comprovadamente ou não ao trabalho (KUORINKA; FORCIER, 1995).

Segundo a Norma Técnica do INSS sobre DORT, estes caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga de aparecimento insidioso, geralmente, na região cervical, cintura escapular e/ou membros superiores, mas podendo acometer os membros inferiores, relacionados ao trabalho. Freqüentemente, são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultados da superutilização das estruturas anatômicas do sistema musculoesquelético e da falta de tempo de sua recuperação (BRASIL, 2003).

2.7 DORT: Uma Epidemia Mundial

Ribeiro (1997) relata que, na Austrália, ocorreu no final da década de 70 e até a metade da década de 80, uma epidemia de DORT, atingindo um pico máximo de incidência, em 1985. No ano de 1986, começou neste país o declínio da incidência de DORT, passando a ser, predominantemente, considerada como neurose conversiva. Silverstein (apud Vieira, 1998) demonstrou, em 1985, que a prevalência

em seis indústrias metalúrgicas de Michigan (EUA) aproximava-se daquela encontrada em trabalhadores da linha de montagem no Japão e sugere o termo “Cumulative Trauma Disorder (CTD)".

No Brasil, embora já se identificasse precariamente a doença (foram constatados casos de Tenossinovite Ocupacional em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras), os primeiros relatos surgiram, somente no início da década de 80, principalmente nos centros de processamentos de dados de empresas estatais. Em 1982, foram diagnosticados nove casos da lesão, no centro de processamento de dados do Banco do Brasil, em Porto Alegre (RS), porém, sendo descaracterizados como doença ocupacional pelas autoridades da área da saúde, àquela época.

Em alguns países, os casos de DORT tiveram um crescimento muito significativo, como é o caso dos Estados Unidos, onde houve um aumento de 14 vezes o número de casos, entre 1981 e 1994. No Canadá e na Dinamarca, no ano de 1993, respectivamente, 50,5% e 45,6% dos casos de doenças ocupacionais foram de LER/ DORT.

Numerosos estudos em âmbito internacional, durante os últimos cem anos, mostram as tendinites como a maior causa de sofrimento do trabalhador, cuja atividade é manual, bem como de indenizações trabalhistas (ARMSTRONG *et al.*, 1984). No Brasil, os DORT já são a segunda causa de afastamento do trabalho. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, na região Sudeste do nosso país, de cada cem trabalhadores um é portador de DORT. A despesa anual no Brasil com aposentadorias, indenizações e tratamento médico, devido aos DORT é em torno de R$ 5 bilhões de reais, sendo que nos últimos cinco anos foram emitidas mais de quinhentas mil Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), por conta deste distúrbio (INSS, 1997).

2.8 A Etiologia Multicausal dos DORT

O processo de industrialização, ocorrido nos últimos séculos, provocou inúmeras mudanças no mundo do trabalho, sendo uma delas o aumento significativo do número de casos de DORT. A Organização Mundial de Saúde caracterizou os DORT como sendo multifatoriais, para indicar que vários fatores de risco, tais como: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, de organização do trabalho, psicossociais e

socioculturais, contribuem para causar estes distúrbios. A maioria dos DORT é ocasionada por agentes mecânicos provenientes de esforço físico despendido nos procedimentos realizados em determinadas posições e posturas de trabalho (CALDEIRA-SILVA *et al.*, 2000).

Na gênese dos DORT, portanto, não existe uma única e determinada causa, mas vários fatores existentes no trabalho que podem estar relacionados ao seu aparecimento. Entre estes, podemos citar: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, mais precisamente os membros superiores, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais, dentre outros (BRASIL, 2000).

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho são resultantes da ação combinada de vários fatores de riscos, incluindo o contexto social onde a pessoa vive, mora, trabalha, se diverte e sofre, além de estarem associados à percepção da realidade individual. Muitos sociólogos e psicólogos consideram que o DORT é, principalmente, a manifestação somática das angústias vividas nesta nossa era conturbada, marcada pelo medo do desemprego, da violência e da falta de perspectiva de realização pessoal (NICOLETTI, 1998).

Os DORT atingem profissionais que trabalham constantemente em posturas inadequadas, sem períodos de repouso e sob forte tensão emocional. Entre os profissionais mais acometidos por estes distúrbios, estão os bancários, jornalistas, digitadores, enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem, secretários, laboratoristas, escritores (LUDUVIG, 1998). A repetitividade de movimentos é o fator de risco mais freqüentemente referido, mas não é o único fator biomecânico determinante, pois os DORT podem aparecer também em situações não ligadas à repetitividade, mas a cargas e posturas estáticas (KUORINKA; FORCIER, 1995).

Dentre os fatores determinantes do aparecimento dos DORT, em uma grande parcela de trabalhadores das mais diversas categorias, destacam-se, em alguns estudos recentes, a organização do trabalho, os fatores biomecânicos e ambientais, fazendo com que, atualmente, haja uma verdadeira epidemia deste distúrbio, não só na maioria dos países industrializados, como também em países que se encontram em processo de industrialização (LIMA; ARAÚJO,1997). Os principais fatores que contribuem para o aumento do número dos DORT no Brasil são: falta de organização no local de trabalho, insatisfação no trabalho, despreparo de médicos e

de outros profissionais envolvidos no cuidado com os portadores destes distúrbios, influência da ação de sindicatos, ações políticas, fatores psicológicos e sociais, ou seja, condições laborativas inadequadas associadas a vários fatores não-ocupacionais (HELFENSTEIN; FELDMAN, 2001).

Em relação à organização do trabalho, ela exerce sobre as pessoas, uma ação específica, cujo impacto é no aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento de natureza mental começa, quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa, no sentido de torná-la mais conforme às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (CODO, 1995).

Assim, o fator potencialmente desestabilizador para a saúde mental dos trabalhadores é a organização do trabalho, que consiste na divisão do trabalho (conteúdo das tarefas e seu modo de execução) e na divisão dos trabalhadores (hierarquia, comando, vigilância, relação entre as pessoas). Haverá uma influência negativa no funcionamento psíquico dos trabalhadores, quando a organização do trabalho gerar conflitos decorrentes do confronto entre as necessidades do corpo-mente e da proibição da satisfação das mesmas no espaço do trabalho (DEJOURS, 1987).

2.9 A Organização do Trabalho e os DORT

Historicamente, no modo de produção capitalista, o trabalhador necessitou submeter-se a condições e ambientes inadequados de trabalho, levando-o a uma perda gradativa do controle sobre o processo produtivo e o aumento de seu desgaste físico e emocional. As doenças ocupacionais, entre elas, os DORT, surgem desta forma de inserção dos trabalhadores nos processos de trabalho.

O modelo organizacional do trabalho, na atualidade, ainda não respeita o trabalhador como ser humano. O que parece correto, do ponto de vista da produtividade, é falso, do ponto de vista da economia do corpo e, assim, o trabalhador não consegue encontrar o melhor rendimento de que é capaz,

respeitando seu equilíbrio fisiológico e que, desta forma, possa levar em conta não somente o presente, mas também o futuro (DEJOURS, 1988).

As formas antigas e as novas formas que assume a organização do trabalho, associadas à operação de novas tecnologias, manifestam-se em exigências que se impõe aos trabalhadores no processo de trabalho. Estas novas exigências fazem parte do trabalho em processos repetitivos, produzidos em meio às transformações técnicas e organizacionais que ocorreram no modo capitalista de produção e se expressam nos trabalhadores, ocasionando formas de adoecimento como os DORT (NORIEGA, 1993).

No trabalho, há muitos aspectos positivos para a saúde, entretanto, existem também aspectos negativos relacionados com muitos tipos de trabalho, os quais podem causar disfunções em certas partes do corpo. Há fatores que contribuem fortemente para o aumento da prevalência dos DORT, tais como o aumento da carga do trabalho contínuo, movimentos repetitivos dos membros superiores, inadequação dos mobiliários, controle estrito do trabalho pela gerência e diminuição de pausas e tempo livre (Ribeiro, 1999). Nas últimas décadas, os distúrbios musculoesqueléticos foram reconhecidos como uma classe de distúrbios relacionados ao trabalho (RANNEY, 2000).

Os DORT estão relacionadas a processos de trabalho, cujas tarefas são fragmentadas, desqualificadas, repetitivas e desprovidas de significado humano. Acrescenta-se a estes fatores o ritmo acelerado de trabalho, objetivando a maior produção, além de todo um processo de isolamento e competitividade que acaba impossibilitando o aparecimento entre os trabalhadores de relações de solidariedade no trabalho.

Grandes problemas em alguns centros urbanos têm sido causados pelos DORT, levando a prejuízos para trabalhadores, empresas públicas e privadas, Previdência Social e para a sociedade em geral (Rio, 1998), pois atingem o trabalhador no auge de sua capacidade produtiva, ocorrendo mais freqüentemente na faixa etária entre 30 e 40 anos de idade, muitas vezes, levando à incapacidade permanente, com aposentadoria precoce. Atingem mais as mulheres, numa proporção de quatro mulheres para cada homem, pois, em geral, elas exercem as atividades mais fragmentadas e repetitivas das organizações (RIBEIRO, 1999).

2.10 Principais Manifestações dos DORT

De acordo com a Norma Técnica do INSS para Avaliação da Incapacidade de 1993, os tipos de LER/DORT mais freqüentes são:

1. Tenossinovites: Inflamação aguda ou crônica dos tendões e de suas sinóvias.
2. Tenossinovite de Extensores dos Dedos: Inflamação aguda ou crônica dos tendões e bainhas dos músculos extensores dos dedos. É uma das formas mais freqüentes, caracterizada por crepitação, calor e rubor locais com dor e impotência funcional.
3. Tenossinovite de DeQuervain: Decorrente de espessamento do ligamento anular do carpo. O quadro clínico é composto de dor localizada no nível da apófise estilóide do rádio, irradiando-se ou não para o polegar, antebraço, cotovelo e ombro.
4. Epicondilites: Por ruptura ou estiramento dos músculos flexores ou extensores do carpo no cotovelo. Pode ser medial ou lateral, ocorrendo dor ao nível destes. A prono-supinação com o cotovelo fletido pode desencadear o quadro.
5. Bursites: Acometem principalmente os ombros com dores importantes especialmente nos movimentos de abdução, rotação externa e elevação, podendo evoluir para o "ombro congelado”.
6. Tendinite do Supra-Espinhoso e Bicipital: Podem ser causadas por traumas locais e atividades repetitivas dos braços. O quadro clínico varia desde sensação de peso até dor localizada próxima à pequena tuberosidade do úmero e face anterior do braço.
7. Cistos Sinoviais: Tumorações císticas que podem aparecer em articulações, tendões, polias e ligamentos, freqüentemente, no dorso dos punhos.
8. Dedo em Gatilho: Impossibilidade de estender qualquer um dos dedos, após flexão máxima.
9. Contratura ou Moléstia de Dupuytren: Fascite palmar fibrosante, que impede a extensão normal dos dedos acometidos.
10. Compressão de Nervos Periféricos: Compressão de nervos periféricos por alterações de estruturas anatômicas.

11. Síndrome do Túnel do Carpo: Compressão do nervo mediano ao nível do carpo. Apresenta dor, parestesia e impotência funcional na face palmar dos 1º, 2º e 3º dedos e região tenar.
12. Síndrome do Canal de Guyon: Atinge o nervo ulnar, com dor, parestesias e impotência funcional.
13. Síndrome do Pronador Redondo: Compressão do nervo mediano abaixo da prega do cotovelo, com dor na região proximal do antebraço e nos três primeiros dedos.
14. Síndrome Cervicobraquial: Degeneração do disco cervical com hipoestesia, fraqueza muscular, limitação e dor à movimentação.
15. Síndrome do Desfiladeiro Torácico: Compressão do plexo braquial no desfiladeiro torácico, com parestesias e dor irradiada para os membros superiores.
16. Síndrome da Tensão do Pescoço (Mialgia Tensional): Ocasionada por fadiga muscular, devido à estática e sistemática contração. Ocorre dor, tensão e rigidez muscular no pescoço, cefaléia, fraqueza muscular, limitação à movimentação e parestesias.

Apesar dessas designações se referirem quase todas aos tecidos de sustentação (ossos, músculos, tendões, fáscias e sinóvias), o processo inflamatório envolve sempre os tecidos vizinhos, que integram nominalmente outros sistemas e aparelhos como as artérias, veias e nervos locais. (RANNEY, 2000).

2.11 O Diagnóstico de DORT

Ainda hoje, há grandes dificuldades para se estabelecer o diagnóstico de DORT, pois o principal sintoma é a dor, podendo variar, de acordo com o trabalhador acometido. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se nas histórias clínica e ocupacional, no exame clínico, no nexo causal laboral, na epidemiologia e raramente nos exames complementares (MELO, 1998). Conforme Ribeiro (1999), os exames complementares (radiografia, ultra-sonografia, eletroneuromiografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada), nas fases iniciais, são muito pouco conclusivos e, quando apresentam resultados positivos, é porque as lesões são graves, só parcialmente reversíveis ou até mesmo

irreversíveis. Os distúrbios osteomusculares, em geral, são precariamente relatados no local de trabalho, devido às dificuldades e inconsistências no diagnóstico. Com isso, a prevalência e dados de incidência disponíveis provavelmente subestimem sua verdadeira amplitude (RANNEY, 2000).

Desse modo, um grande problema enfrentado pelos trabalhadores que apresentam DORT é a possibilidade da invisibilidade da doença. Com isso, há uma dificuldade maior no estabelecimento do diagnóstico, bem como leva a uma discriminação de patrões, colegas de trabalho, amigos e até mesmo de parentes. Ainda, é de fundamental importância lembrar que nos DORT podemos encontrar quadros clínicos totalmente subjetivos, juntamente com quadros dolorosos vagos e sem território definido. Sendo o sintoma predominante a dor, que é subjetiva, muitas vezes, o diagnóstico e o tratamento adequado são retardados, levando a uma evolução de incapacidade permanente (RIBEIRO, 1997).

O diagnóstico de DORT consiste, como em qualquer caso, nas etapas habituais de investigação clínica, com os objetivos de se estabelecer a existência de uma ou mais entidades nosológicas, os fatores etiológicos e de agravamento. Com o intuito de auxiliar na obtenção do diagnóstico, o Ministério da Saúde orienta para que seja seguida uma rotina com a finalidade de se estabelecer o diagnóstico: a) História clínica detalhada; b) Investigação dos diversos aparelhos; c) Comportamentos e hábitos relevantes; d) Antecedentes pessoais; e) Antecedentes familiares; f) História ocupacional; g) Exame físico e h) Exames complementares, se necessários (BRASIL, 2001a).

Deve-se ainda levar em consideração a investigação do ambiente ou posto de trabalho. As informações fornecidas pelo trabalhador devem associar-se aos dados obtidos pela equipe do serviço de saúde, inclusive àqueles dados decorrentes de inspeção no ambiente de trabalho, sobretudo em casos mais atípicos, quanto à relação da ocupação com o DORT. A investigação das condições de trabalho deve ser realizada por profissional ou equipe técnica imbuída do diagnóstico clínico-ocupacional, não sendo impedimento para tal a ausência de especialista em ergonomia na equipe.

Para os casos mais típicos de relação entre DORT e ocupação, uma boa idéia das condições de trabalho pode ser obtida através de história cuidadosa, simulação de gestos e movimentos, por parte do paciente, visando caracterizar a organização e o processo do trabalho. Informações adicionais devem ser obtidas do responsável

pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). É responsabilidade do empregador disponibilizar as informações sobre as condições de trabalho. O exame clínico deve dar ênfase aos sistemas musculoesquelético e neurológico, relacionados às queixas do paciente.

Na maioria das vezes, o diagnóstico é eminentemente clínico e geralmente difícil, pois não se reconhece nenhum sinal objetivo da lesão e os exames complementares somente em poucos casos auxiliam no diagnóstico da doença. Os sinais e sintomas de DORT são múltiplos e diversificados, caracterizando-se por dor espontânea ou decorrente da movimentação; por alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, dormência e formigamento; por sensação de diminuição, perda ou aumento de sensibilidade (agulhadas e choques); por dificuldades para o uso dos membros, particularmente das mãos; por sinais flogísticos e áreas de hipotrofia ou atrofia (MS/OPAS, 2001).

O elemento essencial para o diagnóstico é a dor, que é uma percepção individual e subjetiva. A intensidade da dor é determinada não apenas pela graduação da resposta ao estímulo que a gerou, mas também pela interpretação pessoal, conforme fatores educacionais, culturais e afetivos. Geralmente, esta é insidiosa, de início remoto, e o paciente não sabe precisar bem a data do seu início. Sua localização varia, dependendo da estrutura comprometida, sendo em inúmeras vezes de localização pouco definida, podendo por vezes sugerir um distúrbio neurológico central. Em alguns casos, pode-se precisar o local da dor, o que traduz o comprometimento de um músculo, tendão ou nervo específico, podendo ser reproduzida através de manobras no exame físico. No início da doença, surge no fim do expediente, aliviando com o repouso noturno, sendo que, com o passar do tempo, tende a ser mais duradoura, tornando-se contínua nos casos graves (RANNEY, 2000).

Fatores como ansiedade, estresse e depressão podem ter grande influência no desencadeamento e aumento da intensidade da dor. Embora a escassez de sinais seja a norma, podemos em alguns casos observar a ocorrência de certos elementos que facilitam o diagnóstico. Entre estes, podem-se encontrar as parestesias, que pressupõem compressões nervosas e que, ao exame de eletroneuromiografia, geralmente, o resultado é positivo. Também podem aparecer nodulações de tendões, diferenças de temperatura e umidade por distrofia simpático

reflexa, entre outras, e, com isso, nos encaminharemos para o estabelecimento do diagnóstico correto (RIBEIRO, 1997).

Entre os exames complementares usados para a ajuda no diagnóstico de DORT, podemos citar, dentre os mais importantes, a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética. É importante salientar que não há uma correlação anátomo-clínica entre a dor e impotência funcional do membro afetado com as alterações encontradas nos exames citados. Este fato torna a dor um elemento ainda mais importante para o diagnóstico e também, muitas vezes, aumenta o sofrimento do paciente, já que não se consegue demonstrar, através de exames complementares os sintomas intensos apresentados por alguns dos adoecidos.

Podemos, em alguns casos, principalmente de tenossinovites agudas, encontrar sinais de processo inflamatório. A importância de procurarmos observar se há algum tipo de postura antálgica e, até mesmo o desencadeamento de dor, ao apertar a mão de outra pessoa, fazendo com que o paciente demonstre a sensação de medo ao seu possível aparecimento (RIBEIRO, 1997).

Quando aparece edema, variações de calor ou cor locais, dor forte e persistente são sinais sugestivos do estado avançado das lesões, que se fazem acompanhar de incapacidade funcional temporária e até definitiva. A localização primordial das lesões nos segmentos dos membros superiores decorre do seu envolvimento maior no processo de trabalho. Não por acaso elas incidem, pela ordem, prevalentemente, nos segmentos distais, comprometendo menos freqüentemente o pescoço e o segmento cervical da coluna vertebral. Segundo as Normas Técnicas do Ministério da Previdência (Brasil, 1993), os DORT apresentam quatro graus:

1. Grau I - Sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea no local, às vezes com pontadas ocasionais, durante a jornada de trabalho, que não interferem na produtividade, é de bom prognóstico para o tratamento;
2. Grau II - Dor mais persistente, mais intensa e aparece durante a jornada de trabalho de forma intermitente, os sinais clínicos de modo geral continuam ausentes, o prognóstico ainda é favorável;
3. Grau III - A dor torna-se mais persistente, mais forte e tem irradiação mais definida, o repouso em geral só atenua a intensidade, aparece mais vezes

fora da jornada, especialmente à noite, os sinais clínicos estão presentes, o retorno ao trabalho nessa fase é problemática e o prognóstico reservado;

4. Grau IV - Dor forte, contínua, por vezes insuportável, levando a intenso sofrimento, dói até quando o membro está imobilizado. A perda de força e controle dos movimentos são constantes. O inchaço é persistente e podem aparecer deformidades. As atrofias, principalmente dos dedos, são comuns em função do desuso. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos do cotidiano são também altamente prejudicados. Nesse estágio, são comuns as alterações psicológicas, com quadros de depressão, ansiedade e angústia.

2.12 O Estabelecimento do Nexo Causal

Uma das grandes dificuldades enfrentada pelos trabalhadores é o estabelecimento do nexo causal, ou seja, a correlação entre a sua atividade laboral e o aparecimento da doença. Para a determinação da relação do distúrbio com o trabalho, é necessário levar em conta uma análise das tarefas ocupacionais, a variabilidade individual e outras atividades desenvolvidas pelo trabalhador. A chave para o estabelecimento do nexo causal não é a presença de dor ou outros sintomas, mas a observação se o padrão anatômico destes sintomas, no sentido de gravidade, é razoável para a área estressada pelo trabalho e se o teste físico verifica qual área estressada lesada (RANNEY, 2000).

Apesar das evidências epidemiológicas apontarem para certas categorias profissionais como categorias de risco, o nexo causal com o trabalho tem sido objeto de questionamento, principalmente por alguns peritos médicos. O fato de pacientes afastados do trabalho por 2 ou mais anos não apresentarem a melhora esperada faz com que estes profissionais questionem este nexo causal. É importante ressaltar que esta contradição tem como ponto central a não inclusão, na lógica médica, de aspectos que não possam ser traduzidos por sinais naturais, tais como os fatores subjetivos presentes na relação do sujeito trabalhador com seu trabalho (VASQUES-MENEZES, 2004).

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse

segmento da população, na rede de serviços de saúde. Nessa perspectiva, o estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde – dano ou doença – individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, esse processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores.

A decisão quanto à existência de relação causal entre uma doença diagnosticada ou suspeita e uma situação de trabalho ou ambiental é considerada como um processo social (DEMBE, 1996). A comprovação deve basear-se em argumentos que permitam a sua presunção, sem a existência de prova absoluta. A noção de presunção na legislação de diferentes países visou a beneficiar o trabalhador e a evitar discussões intermináveis sobre essas relações. A eventual constatação de fator individual predisponente, como por exemplo, a presença de costela cervical em um caso de Síndrome do Desfiladeiro Torácico, não invalida sua caracterização como DORT, desde que o nexo esteja bem estabelecido (trabalho com elevação de membros superiores, por exemplo), caracterizando, portanto, um caso de Síndrome do Desfiladeiro Torácico Ocupacional.

Embora os dados estatísticos oficiais demonstrem um crescimento bastante acentuado das doenças causadas pelo trabalho, ainda assim, há uma grande subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho. A discordância entre os médicos que atendem o trabalhador com DORT, faz com que haja mais dificuldade no diagnóstico e no estabelecimento da doença como sendo de causa ocupacional. As razões para haver esta discordância está em dois fatores: o primeiro deve-se a que o quadro clínico não é tão visível, e segundo, a existência de fortes interesses sociais envolvidos, não significando, com isso, que os médicos, os trabalhadores, os patrões e outros envolvidos no processo, sejam tendenciosos. (RIBEIRO, 1997).

O Decreto 3048/99, no seu artigo 337, de acordo com a resolução 1488/98 do Conselho Federal de Medicina, estabelece que, para o reconhecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades laborais do indivíduo, os médicos devem considerar o que se segue: exame clínico (físico e mental); exames complementares, quando necessários; a história clínica e ocupacional, decisiva em

qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal; o estudo do local de trabalho; o estudo da organização do trabalho; os dados epidemiológicos; a literatura atualizada; a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas; a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros; o depoimento e a experiência dos trabalhadores; os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área de saúde (CFM, 1998). Além do exposto, ainda recomenda que se incluam indagações como:

1. O agente patogênico é claramente identificável?
2. Esse agente patogênico ou o fator de risco podem estar pesando de forma importante entre os fatores causais da doença?
3. Tipo de relação causal com o trabalho: o trabalho é causa necessária?
4. O trabalho é fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal?
5. É fator desencadeante ou agravante de doença pré-existente?
6. No caso das doenças de etiologia multicausal, foram as outras causas gerais, não ocupacionais, devidamente analisadas e, no caso concreto, excluídas ou colocadas em hierarquia inferior às causas de natureza ocupacional?
7. O grau ou intensidade da exposição é compatível com a produção da doença?
8. O tempo de exposição é suficiente para produzir a doença?
9. O tempo de latência é suficiente para que a doença se desenvolva e apareça?
10. Há o registro do “estado anterior” do trabalhador segurado?

As respostas positivas para a maioria dessas questões direcionam para o estabelecimento da correlação entre a atividade laboral e a aparecimento da doença no trabalhador.

2.13 A Enfermagem, seu trabalho e as suas categorias profissionais

A enfermagem configurou-se, no século XIX, na Inglaterra, como prática para possibilitar a recuperação do indivíduo. Institucionalizou-se, no movimento do nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital como

instrumento de cura (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Atualmente, a assistência de enfermagem nos hospitais é prestada por uma equipe composta de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais são trabalhadores com formação técnica heterogênea e atribuições específicas com desenvolvimento de atividades de diferentes graus de complexidade (BRASIL, 1997). A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A lei do exercício profissional (Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986) dispõe sobre o exercício da enfermagem, regulamenta e determina as funções que as categorias da enfermagem devem executar, sendo que, ao enfermeiro compete, privativamente, a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica de saúde e chefia do serviço ou unidade de enfermagem, organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de assistência de enfermagem, auditoria, consultoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidado direto a pacientes graves com risco de vida e cuidado de maior complexidade técnica, que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões rápidas, entre outros.

Ao técnico de enfermagem é atribuído executar tarefas auxiliares de nível médio técnico, basicamente, cabe-lhe assistir ao enfermeiro, no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de enfermagem, prestação de cuidados diretos aos pacientes, controle de doenças transmissíveis, em geral, prevenção e controle de infecção hospitalar, execução de programas de saúde e de atividades de assistência, exceto as privativas do enfermeiro.

Ao auxiliar de enfermagem competem tarefas de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe preparar o paciente para consultas, exames, tratamentos, curativos, medicação, oxigenoterapia, coleta de materiais para exames laboratoriais, prestar cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório, executar atividades de desinfecção, esterilização, prestar cuidados de higiene, conforto, alimentação ao paciente e zelar por sua segurança, zelar pelos materiais e equipamentos, participar de atividades de educação em saúde, auxiliar o enfermeiro e o técnico em enfermagem, na execução de programas de educação em saúde, participar do procedimento pós-morte (COREN, SP, 2004). Desta forma, podemos

salientar que nesta equipe, existe uma diferença em relação a níveis de instrução, atribuições, responsabilidades.

Deve-se considerar que as mudanças tecnológicas introduzidas no mundo do trabalho possibilitaram maior produtividade e redução de custos, com o conseqüente aumento dos lucros, porém com o ônus de acarretar danos à saúde do trabalhador, com manifestações tanto na esfera do seu físico quanto no psíquico. Prova disso, é o surgimento de novas enfermidades relacionadas a essas mudanças apontadas nas produções científicas, nas últimas décadas. Dessa maneira, a enfermagem, como prática social, não ficou isenta das novidades introduzidas no mundo do trabalho em geral. Isso porque os componentes da equipe de enfermagem são trabalhadores assalariados e executam um trabalho do tipo intelectual e gerenciador, estando sempre vinculados às características capitalistas, tornando-se membros envolvidos por um sistema de trabalho rígido e hierarquizado, principalmente, em algumas áreas de atuação.

Portanto, quando submetido a uma organização do trabalho, na qual existe um sistema autoritário, rígido e imutável, não há possibilidade de seu rearranjo por parte do trabalhador e, assim, ele não pode trabalhar conforme suas afinidades e habilidades, levando a um aumento na carga psíquica que, não achando descarga no exercício profissional, resulta em sentimento de desprazer, fadiga e tensão (LUNARDI FILHO, 1997). Assim, entende-se que estudar manifestações do estresse ocupacional entre enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e o aparecimento das diferentes doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções e busca de soluções (MUROFUSE *et al*., 2005).

3. METODOLOGIA

O tipo de estudo escolhido para realizar este trabalho foi o da pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva.

3.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Rio Grande, Estado do Rio Grande do Sul, no Hospital Universitário (HU) pertencente à Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. É uma entidade autárquica federal, mantida por verbas federais. O HU presta assistência nos níveis secundário e terciário, servindo como campo de ensino e estágio para graduandos de medicina e de enfermagem.

3.2. Procedimentos metodológicos

Foi utilizado para a coleta de dados um formulário (Apêndice I), em que constavam os dados biográficos e profissionais dos componentes da equipe de enfermagem que estiveram afastados para tratamento de DORT, sendo aplicado através da técnica de entrevista, com registro feito pelo entrevistador. O questionário constava de perguntas abertas e fechadas, visando obter informações sobre os problemas de saúde destes profissionais. Os dados foram coletados, no período de janeiro a abril de 2007. A análise dos dados foi realizada com base em MINAYO (2000), constando dos seguintes passos:

1. Ordenação dos dados, em que foi feita a transcrição das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos;
2. Classificação dos dados, que incluiu uma leitura exaustiva e repetida dos textos e constituição de um corpus;
3. Análise final, que consiste no encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido com as relações essenciais.

Inicialmente, procuramos uma aproximação de forma gradual com os indivíduos selecionados para o estudo. Nesta primeira aproximação com o

trabalhador doente, foram mostrados alguns fatos de relevância em relação à pesquisa, tais como os objetivos, as prováveis repercussões, o seu modo de desenvolvimento, as questões éticas envolvidas, a garantia de ter o anonimato mantido. Também, nesta etapa, foram discutidos alguns assuntos não relacionados com o tema, num ambiente bem informal. Segundo Zaluar (1985), a relação entre o pesquisador e os pesquisados deve conter um envolvimento compreensivo, com uma participação marcante em seus dramas diários.

3.3 Contexto do estudo

Este estudo foi realizado no local de trabalho dos trabalhadores acometidos de DORT. Inicialmente, manteve-se um contato direto no local de trabalho, ou telefônico, quando o trabalhador encontrava-se ausente, com a finalidade de marcar o lugar, a data e a hora das entrevistas. No local de trabalho, a entrevista foi realizada em uma sala cedida pelos dirigentes da instituição. A entrevista foi realizada de forma individual, com a finalidade de haver a privacidade necessária.

3.4 As entrevistas

Antes do início das entrevistas propriamente ditas, os trabalhadores selecionados receberam um ofício, em que constava o termo de adesão que, após lido e aceito, foi assinado pelos que estavam de acordo em participar voluntariamente. O questionário aplicado constou de perguntas fechadas com alternativas fixas e também de perguntas abertas, as quais permitiram ao entrevistado expor com suas próprias palavras todos os seus sentimentos e percepções relacionados à sua doença. Os resultados dos exames físico e complementares foram anotados nas folhas do questionário sobre DORT.

3.5 Participantes

A equipe de enfermagem do HU é formada por profissionais que exercem as funções de enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, em que temos 61 enfermeiros, 46 técnicos de enfermagem, e 204 auxiliares. Participaram do estudo 15 profissionais da equipe de enfermagem de diversos setores do HU, que

apresentavam ou tinham apresentado, em algum momento, queixas de dores e desconfortos osteomusculares relacionadas ao trabalho, selecionados através do relatório de trabalhadores da equipe de enfermagem do HU afastados para tratamento referentes ao período de 1º de janeiro de 2005 a outubro de 2006, fornecido pela coordenação de enfermagem.

Os participantes também deviam aceitar espontaneamente responder ao questionário. Os critérios adotados para seleção dos participantes deste estudo incluíram a condição de serem profissionais de enfermagem na ativa, que apresentassem no momento um quadro de DORT, ou que tenham sido acometidos no passado por esse distúrbio. Os DORT são um fenômeno relacionado ao trabalho caracterizado pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga de aparecimento insidioso, geralmente, nos membros superiores, pescoço e/ou membros. Freqüentemente, são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultados da superutilização das estruturas anatômicas do sistema musculoesquelético e da falta de tempo de sua recuperação (BRASIL, 2000).

3.6 Proteção de Direitos Humanos

Cada indivíduo recebeu o formulário de consentimento livre e informado (apêndice I), contendo as informações, conforme determina a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. A cada participante foi assegurada a confidencialidade e o anonimato do teor das entrevistas, bem como a liberdade de retirada do seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem que pudessem sofrer qualquer tipo de penalização. Para manter o anonimato, os trabalhadores foram identificados pela letra E (de Enfermagem) seguida de um número.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados do presente estudo encontram-se acompanhados da discussão subsidiada pelas evidências descritas na literatura, em relação às questões de gênero, características do trabalho e de sua organização, idade das participantes, local onde exercem suas atividades, o tempo que exercem o trabalho nos respectivos setores, o número de dias de absenteísmo em decorrência desse tipo de adoecimento e a presença e localização dos sintomas característicos de DORT.

4.1 Enfermagem: uma profissão majoritariamente feminina

As mulheres vêm cada vez mais atuando no mercado de trabalho, sendo que, atualmente, representa uma importante força de trabalho no mundo globalizado. A participação das mulheres na força de trabalho, além dos afazeres domésticos, vem tendendo a aumentar cada vez mais. Isso deve-se a fatores como o progresso tecnológico que parcialmente as liberou das atividades domésticas, ao maior acesso à educação e ao treinamento profissional e à evolução da própria economia com maior expansão do setor terciário ou de serviços, onde as mulheres atuam com maior intensidade e propriedade (IIDA, 1990).

Ainda no mundo atual, infelizmente, existem as discriminações e preconceitos em relação ao trabalho feminino. Mesmo as mulheres mais qualificadas ainda enfrentam “preconceitos” perante a sociedade. Prova disso é que as mulheres que entram no mercado de trabalho competitivo são classificadas como mão-de-obra de custo mais barato (O‘NEILL, 2001). Em relação às doenças associadas ao trabalho, apesar de não ser exclusivos, os DORT consistem em distúrbios que atingem, na maioria das vezes, as mulheres. Essa prevalência nos remete à discussão da divisão sexual do trabalho, ou seja, às questões de gênero envolvidas no processo de trabalho.

Os fatores que têm sido associados aos quadros músculoesqueléticos abrangem componentes do processo de trabalho, englobando a realização de atividades repetitivas, monótonas e a intensidade do esforço físico-postural, aspectos da organização do trabalho, fatores psicossociais e características biológico-individuais (NIOSH, 1997). Por sua vez, a predominância de mulheres na

enfermagem é histórica. No Brasil, no período colonial, os hospitais já funcionavam sob a supervisão de religiosas com o objetivo de cuidar dos pobres e desassistidos, embora com fins muito mais caritativos (DANIEL, 1987).

Durante a realização de uma das etapas da coleta de dados, foi encontrado um total de 21 (6.75%) profissionais da equipe de enfermagem do hospital estudado com registros de queixas osteomusculares, sendo que todos do sexo feminino. Assim, constatamos que, ainda hoje, a enfermagem continua sendo uma profissão em que predominam as mulheres. Deste total, 06 (seis) não quiseram participar do estudo e, das 15 (4,82%) restantes que participaram, 07 (sete) eram técnicas de enfermagem e 08 (oito) auxiliares de enfermagem, estando em consonância com a literatura mundial, confirmando que a grande maioria dos profissionais da equipe de enfermagem são mulheres e que os DORT relacionados a fatores da organização do trabalho como, esforço físico, atividade repetitiva e monótona são mais encontrados no trabalho desenvolvido por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Este fato parece estar relacionado ao desempenho de ações de cuidado direto destes profissionais aos pacientes, ou seja, levantamento, movimentação, banho no leito, troca de roupa de cama, dentre outras. Além disso, estas categorias, apesar de serem as que exercem o maior esforço físico, são as que recebem os salários mais baixos, sendo que há estudos que relacionam o aparecimento de dor em trabalhadores com a insatisfação devida à baixa remuneração que recebem pelo tipo de trabalho que executam.

Portanto, neste estudo, as queixas osteomusculares foram notadamente as mais freqüentes referidas por estas trabalhadoras da enfermagem de nível médio, as quais realizam o trabalho considerado menos qualificado e para o qual é atribuída menor valorização e remuneração, mas que exige maior contato direto com os enfermos (PITTA, 1999). Assim, atos técnicos socialmente mais qualificados têm ficado a cargo dos profissionais de enfermagem de nível superior – os enfermeiros, que os chefiam e supervisionam.

O estudo de Santos *et al.* (1993), no qual foram investigados os fatores predominantes de acidentes de trabalho na área de enfermagem em um hospital do Rio de Janeiro/RJ, evidenciou, entre os auxiliares de enfermagem, que a maioria (54,5%) dos sujeitos estudados situava-se na faixa etária de 18 a 39 anos. No presente estudo, a idade das participantes variou de 33 a 68 anos, sendo que 2

(duas) trabalhadoras tinham mais de 60 anos; 2 (duas) tinham entre 50 e 59 anos; 8 (oito) tinham entre 40 e 49 anos; 3 (três) tinham entre 30 e 39 anos.

Quanto ao local onde exerciam suas atividades, encontramos a UTI Neonatal e o Centro de Material e Esterilização (CME) como os setores com o maior número de adoecidos, com 5 (cinco) trabalhadoras com queixas osteomusculares em cada um deles. Nos demais setores, encontramos o Ambulatório Central com duas e a Clínica Médica, a UTI Geral e a Maternidade com um adoecimento em cada um deles. Na distribuição das trabalhadoras que apresentaram queixas osteomusculares, quanto ao tempo que exercem suas atividades nos respectivos setores, a faixa ficou entre 8 e 18 anos, sendo que 10 trabalhadoras trabalham no respectivo setor, entre 10 e 14 anos.

Os achados de exame físico podem ser extremamente discretos e, muitas vezes, os exames complementares nada evidenciam, restando apenas as queixas do paciente que, por definição, são subjetivas. A dor é o sintoma mais freqüente relatado pelos pacientes com Lesão por Esforço Repetitivo, porém, além do processo físico, há o psicológico destes pacientes. Do total de participantes, 14 (catorze) trabalhadoras referiram apresentar dor, enquanto desenvolvem suas atividades laborais, sendo que 5 (cinco) delas referiram dor mesmo em repouso. Apenas uma trabalhadora da categoria dos auxiliares de enfermagem referiu que, no momento, não vem sentindo dor, mesmo quando se encontra exercendo suas tarefas.

Assim, foi solicitado a cada participante que indicasse a região em que a dor era mais acentuada. Esses locais foram agrupados pelas seguintes regiões do corpo: coluna (cervical e/ou torácica e/ou lombossacra), mão, punho, antebraço, cotovelo, braço e ombro. A prevalência de dor musculoesquelética atual foi determinada para cada região. A mesma participante poderia oferecer uma resposta afirmativa para dor em uma ou mais regiões, nos lados direito e/ou esquerdo, caso esse sintoma abrangesse mais de um local. No quadro 1, podemos constatar a distribuição, quanto à localização das queixas osteomusculares dessas trabalhadoras.

QUADRO 1 – LOCALIZAÇÃO DAS QUEIXAS OSTEOMUSCULARES

Localização / Categoria	Mão	Punho	Antebraço	Cotovelo	Braço	Ombro	Coluna
Técnico(a)	4	6	3	2	4	2	6
Auxiliar	4	3	4	2	6	4	5
Total	8	9	7	4	10	6	11

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Na literatura disponível sobre o assunto, recomenda-se que maior atenção seja dada a estes tipos de sintomas ou queixas nos membros superiores, associadas ao desempenho de tarefas produtivas. Tais queixas podem, muitas vezes, indicar o início do aparecimento dos DORT ou mesmo a manifestação de estágios evolutivos mais avançados. As queixas de dor, por exemplo, representam a principal e, muitas vezes, única expressão clínica da existência da doença.

Observa-se que as queixas são relevantes para todas as regiões dos membros superiores. Isto é explicado pelo tipo de trabalho desempenhado, ou seja, as atividades são em sua maioria realizadas manualmente, exigindo grande atividade dos membros superiores, além de maior aplicação de força de algumas regiões tais como ombro, braço, antebraço e punho, especialmente na movimentação e transporte de pacientes. Em relação ao lado do membro superior afetado por distúrbios osteomusculares, constatou-se que nenhuma das profissionais apresentava queixas no lado esquerdo isoladamente, enquanto que 6 (seis) delas tinham sintomas somente no lado direito e 9 (nove) nos dois lados.

Algumas trabalhadoras não apresentaram sintomas em membros superiores, tendo manifestado dor na região da coluna vertebral. As lesões em membros foram encontradas com mais freqüência nos lados direito e esquerdo ao mesmo tempo, não tendo sido encontrado nenhum caso de queixa somente no lado esquerdo. Estes dados depõem a favor de que elas estão relacionadas ao “uso ou uso excessivo” dos dois membros superiores ou do direito, no decurso do trabalho. Se elas não fossem conseqüência do uso abusivo de um determinado membro, sua localização seria aleatória, atingindo indiscriminadamente qualquer lado (RIBEIRO, 1999).

Em relação ao total de dias de afastamento do trabalho dos trabalhadores da equipe de enfermagem, no período de janeiro de 2005 a outubro de 2006, por

motivos diversos, este número foi de 2770 (dois mil e setecentos e setenta) dias, sendo que de janeiro a dezembro de 2005 foi de 1463 (um mil e quatrocentos e sessenta e três) dias e de janeiro a outubro de 2006 foi de 1307 (um mil e trezentos e sete) dias. Entretanto, quando se considera apenas o absenteísmo por casos de distúrbios osteomusculares, durante o ano de 2005, tivemos um total de 80 (oitenta) dias não trabalhados, enquanto que, no período de janeiro a outubro de 2006, o total foi de 68 (sessenta e oito) dias não trabalhados. Observamos que absenteísmo por distúrbios osteomusculares, embora não tenha sido muito expressivo entre trabalhadores de enfermagem da instituição estudada, apresentou-se mais elevado na categoria técnico de enfermagem.

Na abordagem de trabalhadores com DORT, deve-se ter extremo cuidado, já que, por apresentarem-se com um quadro clínico pobre, ou seja, os pacientes têm apenas queixas subjetivas, não podemos incorrer no erro de diagnosticá-los como alguém que apenas quer se beneficiar do afastamento do trabalho, sob pena de acarretarmos um prognóstico sombrio para esses seres humanos. É importante que se tenha coragem de tomar decisões que atribuam ou recusem compensações e benefícios para os envolvidos, quando o local de trabalho for um contribuinte potencial para a condição de movimento repetitivo do trabalhador.

Portanto, não podemos incorrer no erro de tratar somente o sintoma dor, pois o trabalhador doente é um ser humano completo e, quando estamos lidando com a dor, não devemos apenas levar em consideração o seu estado físico, mas também o seu estado emocional (SIMONTON *et al.*, 1987). Desse modo, ao abordarmos um trabalhador com algum distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho, devemos fazê-lo de maneira sistêmica e holística.

Se assim não procedermos, estaremos fadados ao fracasso no diagnóstico correto, na prevenção e no tratamento, levando a péssimas conseqüências tanto para o trabalhador como para a sociedade (SENGE, 1999). Por outro lado, o tratamento depende sempre de um diagnóstico correto, da eliminação completa dos agentes causais e de uma adequada estratégia terapêutica medicamentosa, fisioterápica e, em alguns casos, cirúrgica (MOREIRA; CARVALHO, 2001).

4.2 A insuportabilidade da dor: motivo para buscar tratamento médico

A dor, num limite considerado insuportável, foi o principal motivo relatado pelas participantes para que procurassem tratamento médico e, a partir daí, passassem a viver parte das dificuldades sociais e sofrimentos psíquicos decorrentes dessa condição, pois a invisibilidade da doença no seu quadro inicial faz com que as pessoas desinformadas não acreditem na sua existência, havendo com isso uma discriminação para com os colegas adoecidos. O clima hostil que surge entre o trabalhador doente e seus colegas de trabalho torna-se uma barreira para a reabilitação bem sucedida, prolongando o tempo de tratamento e piorando o prognóstico (RANNEY, 2000).

Marx (1970) apresenta que o homem não pode relacionar-se consigo mesmo se não for mediante a relação com os demais homens e também não pode realizar-se como homem, se não for na relação com os demais. Assim, esta situação faz com que a convivência no ambiente de trabalho seja de desconfiança, por parte dos trabalhadores sãos para com os doentes, o que leva ao aumento do sofrimento mental destes últimos.

A dor pode ser definida como uma experiência que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. Independentemente da aceitação dessa definição, a dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais (SOUZA, 2002).

> *“Alguns disseram que isso era câimbra, mau jeito... Era coisa que passava logo. Era só não pensar muito nisso. Só acreditaram, quando apareceu nos exames” (E1).*

De acordo com Ribeiro (1999), ao se solicitar exames complementares, deve-se ter cautela, pois a negatividade dos mesmos não invalida o diagnóstico de LER/DORT. Geralmente, se realizados nos primeiros estados da doença, são

negativos, porque as mudanças teciduais geradas pelo processo inflamatório não são captadas nem mesmo pelos mais sensíveis dos exames. A experiência dolorosa está relacionada a complexos mecanismos neuromusculares e psicológicos individuais e psicossociais como o suporte da empresa, diagnóstico, tratamento e situações de estresse (SANTOS FILHO; BARRETO, 2001).

A manifestação anteriormente apresentada serve para ilustrar como há adoecidos que se queixam de terem seus sintomas tratados como inexistentes ou de origem psicológica pelos colegas, no início do problema. Somente depois de algum tempo ou quando aparecem as lesões, em algum exame complementar, é que são reconhecidos como portadores de algum distúrbio. Entretanto, caso o exame não seja indicado e interpretado adequadamente, ele pode dificultar a investigação e as condutas que serão assumidas em relação aos DORT. Desse modo, é necessário ressaltar que a clínica é soberana, não se substituindo a análise criteriosa do profissional por nenhum desses exames (Brasil, 2000). Portanto, os exames são complementares a uma análise prévia do caso e devem ser solicitados, após a formulação de suspeita diagnóstica.

4.3 Trabalho sob medicação

A invisibilidade inicial da doença, embora o paciente tenha sintomas, não apresenta os sinais correspondentes e leva, muitas vezes, a um prognóstico ruim, pois muitos trabalhadores, por terem pouco conhecimento sobre ela, acabam por não se importar com os sintomas iniciais e, assim, não procuram assistência médica no tempo devido. Além disso, algumas pessoas suportam mais a dor do que outras e, por isso, podem ficar mais tempo trabalhando na presença de lesão, antes de consultar (RANNEY, 2000) e, ao apresentarem os primeiros sintomas, fazem tratamento por conta própria com analgésicos, antiinflamatórios, pomadas de ação local associado a pequenos repousos para o alívio da dor e, desse modo, continuam desenvolvendo suas tarefas, apesar da intermitência da dor.

“A gente tem que ficar tomando remédio direto, para poder trabalhar”. (E2).

Em outras palavras, com o desaparecimento dos sintomas voltam às suas atividades normais e, quando a dor reaparece, repetem esta mesma conduta. No entanto, este tipo de procedimento acarreta o retardo no tratamento adequado, podendo levar o paciente a um quadro de incapacidade permanente.

> *“Trabalho sempre dopada de remédios pra dor” (E3).*

O prognóstico está na dependência do diagnóstico e tratamento precoces e do afastamento do trabalho gerador do processo mórbido, pois, somente nessas circunstâncias é que ele é bom. Nos estados avançados, as lesões são irreversíveis e incapacitantes e o sofrimento mental pode ser intenso. Portanto, a falta de informação dos trabalhadores sobre esta doença é um fator que faz com que a sua evolução não seja a esperada, conduzindo à irreversibilidade e sua conseqüente incapacitação para o trabalho. Daí a importância do profissional esclarecer ao máximo o trabalhador, evitando orientações imprecisas ou superficiais, pois o paciente pode não levar a sério a sua doença, devido aos poucos sintomas no seu início (RANNEY, 2000).

4.4 Permitindo-se sentir dor somente ao final do expediente

Apesar do início insidioso dos sintomas, há a sua predominância nos finais de jornada de trabalho ou durante os picos de produção, ocorrendo alívio com o repouso noturno e nos finais de semana. Poucas vezes o trabalhador se dá conta de sua ocorrência precocemente, especialmente, quando ofuscados pela necessidade de responder e corresponder às exigências do trabalho, pela falta de informação e outras contingências que o estimulam a suportar seus sintomas e a continuar trabalhando como se nada estivesse ocorrendo.

> *“A gente toca direto. Tem muito trabalho. Não tem tempo prá parar nem prá descansar e, aí, no final do expediente, tá que não agüenta mais” (E10).*

Aos poucos, os sintomas intermitentemente tornam-se presentes por mais tempo e maior intensidade, durante a jornada de trabalho e, muitas vezes, passam a invadir as noites e finais de semana. Nessa fase, há um aumento relativamente significativo de pessoas que procuram auxílio médico, por não conseguirem mais responder à demanda da função. Quando o trabalho muscular é realizado, durante um tempo prolongado, desenvolve-se fadiga que pode ocasionar falta de cuidados na realização do trabalho, predispondo a pessoa aos acidentes de trabalho. Todavia, mesmo que estes não ocorram, a fadiga prolongada sem o tempo adequado para a recuperação pode levar ao desenvolvimento de distúrbios osteomusculares (RANNEY, 2000).

4.5 A continuidade do trabalho apesar do diagnóstico

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e aos desgastes psíquico e emocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar (GUIMARÃES, 1999). Os trabalhadores se submetem a condições de trabalho precarizadas, devido ao medo das demissões e continuam a trabalhar, mesmo estando doentes e enquanto possuem condições para exercer suas atividades laborais (DEJOURS, 2003).

A falta de informação sobre o problema, muitas vezes leva os adoecidos, por interesses pessoais diversos, a esconderem sintomas, tanto dos profissionais da saúde como dos patrões. Este fato acaba dificultando tanto o diagnóstico como o tratamento correto, levando, com o tempo, a uma piora do quadro, por exemplo, pelo não afastamento da atividade laboral desencadeadora do distúrbio.

> *“Consultei e continuei trabalhando e não comuniquei à chefia, para não ser transferida de setor”.*

Neste estudo, para as participantes, por estarem em um órgão público e serem estáveis, o afastamento é temido, não pelo medo da demissão, mas devido à discriminação que temem sofrer ao voltar a desempenhar suas atividades laborais e pela possibilidade de serem trocados para outro setor. Assim, preferem suportar o

sofrimento durante as jornadas de trabalho, ocasionando uma piora no processo de adoecimento. Neste sentido, Barreira (1989), nos diz que períodos de pausa para repouso têm a finalidade de garantir a recuperação física de um processo de fadiga muscular orgânica e micro-traumas de estruturas como tendões, bainhas e bolsas sinoviais, além de reduzir a incidência das disfunções e aumento da produtividade.

4.6 Sintomatologia – repercussões na realização do trabalho

Embora a escassez de sinais seja a norma, podemos, em alguns casos, observar a ocorrência de certos elementos que facilitam o diagnóstico. Dentre estes, podemos encontrar as parestesias, que pressupõem compressões nervosas (RIBEIRO, 1999). Portanto, além da dor, entre as queixas mais comuns presentes nos portadores de distúrbios osteomusculares, temos a parestesia, a sensação de diminuição de força, o desconforto e a fadiga (MAENO, 2001).

A pesquisa de outros sintomas além da dor, apresentados pelos adoecidos, apresentou os seguintes resultados: 6 (seis) queixaram-se de apresentar somente parestesia; 9 (nove) tinham apenas sintomas de diminuição da força muscular e 6 (seis) relataram apresentar conjuntamente parestesia e diminuição da força muscular.

> *“Não consigo fazer mais tudo que fazia antes porque, além da dor, não tenho a mesma força” (E4).*

Dor, parestesia e diminuição da força muscular trazem aos adoecidos sentimentos como impotência, inutilidade, fracasso, abandono. Ao verem os colegas de trabalho que não apresentam o problema realizar suas tarefas diárias sem dificuldades, há uma intensificação destes sentimentos, levando-os a relembrarem do tempo em que também as desenvolviam plenamente e se realizavam como ser humano trabalhador, cumpridor de suas atribuições.

> *“Hoje, me sinto frustrada, pois tenho que pedir ajuda aos colegas para fazer tarefas que antes fazia direito” (E7).*

As alterações no organismo dos adoecidos fazem com que haja uma diminuição das suas atividades não só laborativas, mas também da vida privada. Além das pressões e discriminações sofridas no local de trabalho, os adoecidos também enfrentam os familiares, por não poderem cuidar das atividades de casa, dos seus e, até mesmo, de si próprios (RIBEIRO, 1999).

4.7 Diminuição do rendimento versus críticas da chefia e colegas

É possível inferir que as participantes com sintomas de distúrbios osteomusculares têm um comprometimento na sua capacidade de trabalho. Das 7 (sete) técnicas de enfermagem acometidas de distúrbio osteomuscular, 5 (cinco) responderam afirmativamente para a questão da redução de rendimento no trabalho e, dos 8 (oito) auxiliares de enfermagem, 6 (seis) responderam positivamente para esta questão, podendo-se concluir que há uma nítida relação entre a presença de sintomas osteomusculares e a diminuição do rendimento no trabalho.

> *"A chefa reclamava que eu não estava rendendo como os outros colegas" (E9).*

Como conseqüência destes problemas, especialmente quando nos membros superiores, verifica-se que os trabalhadores apresentam dificuldade para o desempenho das tarefas profissionais.

> *"Agora, tomo antiinflamatórios e analgésicos receitados pelo médico, mas nunca tive atestado. Só mandou eu fazer menos esforço" (E8).*

Algumas patologias relacionadas com o trabalho, como os DORT, demandam, necessariamente, propostas de intervenção que vão além dos tratamentos clínico e cirúrgico tradicionais, tendo em vista as significativas alterações impostas na vida cotidiana de seus portadores. Os DORT desafiam as condutas médicas tradicionais, pois são multi-fatoriais, exigindo investigações dos

aspectos biomecânicos, cognitivos, afetivos, dentre outros, da atividade desenvolvida pelos pacientes, dificultando a atuação dos profissionais da saúde, preparados para trabalhar sob a égide do paradigma reducionista biológico da medicina (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003). Portanto, fatores psicossociais ligados à organização do trabalho e fatores psicológicos individuais podem estar presentes e imersos entre condições especiais de exposição, nesse caso, relacionadas às exigências do processo de trabalho dos componentes da equipe de enfermagem.

Quando os sintomas de dor, parestesia e diminuição de força muscular estão associados e persistem com ou sem movimentos musculares, as atividades tanto domésticas quanto ocupacionais são inibidas (OLIVEIRA, 2003). Os adoecidos, muitas vezes, recebem tratamento apenas com analgésicos, antiinflamatórios e fisioterapias que, por certo tempo, melhora os sintomas. Com isso, os trabalhadores continuam suas atividades, porém, sem o controle dos fatores desencadeantes e agravantes, o que faz com que estes adoecidos continuem com a sobrecarga do sistema musculoesquelético, de forma que, com o passar do tempo, haverá piora progressiva do quadro clínico.

É característico dos portadores de DORT apresentarem quadros clínicos em que os sintomas não condizem com os resultados do exame clínico e, assim, dificultam o diagnóstico e a conduta terapêutica. Também a falta de melhora e a grande incapacidade associada aos casos têm demonstrado a pouca eficácia dos tratamentos isolados.

O insucesso dos programas terapêuticos dos DORT deve-se à falha no diagnóstico das reais etiologias da dor, da incapacidade e dos fatores que contribuem ou agravam o quadro doloroso. Sendo assim, a identificação das estruturas lesadas é importante para o melhor resultado no tratamento (CODO; ALMEIDA, 1997).

Alguns tratamentos intempestivos fazem com que o paciente gaste desnecessariamente em antiinflamatórios não esteróides e corticóides e antiácidos, para neutralizar os efeitos daqueles, e também em fisioterapias (RIBEIRO, 1999). Assim, os DORT são problemas de saúde pública que denunciam a insuficiência dos paradigmas e práticas dessa área e, por isso, exige a criação de um campo de atuação multidisciplinar nos serviços públicos de saúde (SATO, 2001).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde ocupacional é um grande desafio tanto para os serviços de saúde como para as empresas e, conforme estas vão evoluindo, sua tendência é crescer ainda mais. Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, ainda nos tempos atuais, constituem assunto complexo e controverso, não só quanto ao seu aparecimento como também ao diagnóstico, tratamento e estabelecimento do nexo causal. Assim, uma das grandes dificuldades, no que se refere aos DORT, é o estabelecimento do diagnóstico, pois, tendo como seu sintoma principal a dor e esta sendo subjetiva, a avaliação clínica depende quase sempre dos relatos do trabalhador, já que a ausência de sinais tanto físicos como nos exames complementares é a norma.

Esses distúrbios, ainda hoje, se constituem em um grande desafio para os diversos profissionais envolvidos com a questão. Mesmo sendo reconhecidos como doenças do trabalho, têm sua existência muitas vezes negada por parte das empresas. Na maioria das vezes, elas não cumprem as leis e mantêm as condições inadequadas de trabalho e, infelizmente, contam com a negligência do Estado, que não fiscaliza os ambientes de trabalho nem exige o cumprimento da legislação vigente.

O reconhecimento do nexo causal é de suma importância, pois dele depende o cumprimento do protocolo terapêutico, que preconiza o afastamento dos fatores desencadeantes do distúrbio para que se evite o agravamento do quadro. Nesta pesquisa, constatou-se que a terapêutica está voltada para a dor via medicamentos e para uso de recursos fisioterápicos, muitas vezes, aleatórios. O repouso, fundamental para o tratamento, por interromper a continuidade traumática do trabalho e esfriar o processo inflamatório, nem sempre é respeitado.

Para que um serviço de saúde realize intervenções satisfatórias na abordagem dos trabalhadores com DORT, é necessário que os membros desta equipe reconheçam no trabalhador adoecido, um ser humano com seus componentes bio-psico-social-espiritual-ambiental, e que conheçam esses distúrbios em toda a sua complexidade. Para isso, é de suma importância que o trabalho seja realizado em equipe multiprofissional, devendo haver uma interação entre as diversas áreas do conhecimento relacionadas ao tema. Portanto, se não quisermos

fracassar na conduta frente a um trabalhador com DORT, devemos fazer uma abordagem de maneira sistêmica.

Os trabalhadores não reagem da mesma forma em certo tipo de trabalho, pois são seres humanos diferentes, apresentando modos de pensar e agir diferentes, por isso, precisam ser tratados diferentemente uns dos outros. Isso porque há entre os trabalhadores diferentes concepções quanto ao tipo de trabalho que lhes proporciona satisfação psicossomática.

Embora os hospitais sejam instituições que lidam com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, a divisão do trabalho no seu interior reproduz o que se encontra nas empresas em geral, ou seja, uma divisão do trabalho nos mesmos moldes do modo de produção capitalista em que vivemos. Assim, os profissionais de saúde e, em especial, os profissionais de enfermagem são expostos a ambientes e condições de trabalho intensamente insalubres, tanto no sentido físico como psicológico. Além disso, por estarem submetidos a deficientes condições de trabalho, são expostos a situações nas quais a própria manutenção da sua saúde pode estar sendo grandemente prejudicada.

Portanto, os processos de trabalho devem deixar de ser a ameaça que representa atualmente para a saúde dos trabalhadores e passar a se constituir em processos delineados, de maneira que o corpo dos trabalhadores sinta-se livre e haja a possibilidade de satisfação de um trabalho bem feito. O critério humano de processo de trabalho adequado será dado por aquele que, no momento de sua realização, trouxer satisfação e, com isso, o trabalho deixará de ser uma condenação, passando a constituir algo que nunca deveria ter deixado de ser: um instrumento de libertação do ser humano.

Nas falas das trabalhadoras participantes deste estudo, percebe-se o sofrimento emocional, conseqüência do processo de adoecimento pelos DORT. Este sofrimento é sentido nas diversas situações em que são obrigadas a provar a existência de uma doença, na maioria das vezes, apenas, com sintomas subjetivos, seja no ambiente de trabalho, de serviços de saúde, ou na própria família.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem é nítida e, no modelo atual dos nossos serviços de saúde, parece ser inevitável. Além disso, há uma heterogeneidade presente no interior do trabalho da enfermagem, designada pela categoria profissional de cada um, na distribuição das tarefas entre os membros

da equipe de enfermagem, acarretando maior sobrecarga física de trabalho para as categorias profissionais de técnico de enfermagem e de auxiliar de enfermagem.

Concluímos que o objetivo geral deste estudo foi alcançado, uma vez que foi comprovada a existência de DORT entre os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no hospital pesquisado. Os objetivos específicos, que foram de estimar o número de casos de DORT, identificar os sintomas mais freqüentes entre esses profissionais, identificar as regiões do corpo que mais freqüentemente são afetadas, verificar o número de dias não trabalhados, em decorrência dos DORT, no período de janeiro de 2005 a outubro de 2006 e identificar as características (sexo, idade, categoria profissional e setor de trabalho) dos adoecidos, também foram alcançados.

Promover, proteger, manter e recuperar a saúde do trabalhador não são tarefas fáceis, pois dependem de uma série de medidas, não só por parte dos profissionais da saúde ocupacional das empresas, como também dos próprios trabalhadores adoecidos. As empresas precisam ter uma política de prevenção das doenças ocupacionais, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os seus funcionários e, conseqüentemente, havendo uma diminuição do número de casos de adoecidos.

Os trabalhadores precisam ser conscientizados quanto aos riscos a que estão expostos, os modos de promoção, proteção, manutenção de sua saúde e, quando for o caso, a maneira correta de tratar sua doença, com vistas a sua recuperação. Esperamos que, a partir desta pesquisa, se desenvolvam mais estudos voltados para a equipe de enfermagem do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, podendo, assim, levar a contribuir na melhoria das condições de trabalho e diminuição do sofrimento dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 5. ed. São Paulo : Brasiliense, 1992.

ALEXANDRE, N.M.C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem**. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993.

ALEXANDRE, N.M.C.; Angerami, E.L.S. **Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1993; 21(77):81-90.

ALEXANDRE, N.M.C.; Benatti, M.C.C. **Acidente de trabalho afetando coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(2):65-72.

ALMEIDA M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. O trabalho de Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1997.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 3ª ed. São Paulo (SP): Boitempo; 2000.

ANVISA (MINISTÉRIO DA SAÚDE) **Aspecto de segurança no ambiente hospitalar.** Brasília, p. 16 a 29. 2002.

ARMSTRONG, T. J. et al. **Ergonomics and cumulative trauma disorders**. Hand Clinics, 2(3): 553-65, 1984.

ASSUNÇÃO, A. A.; ALMEIDA, I. M. **Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: membro superior e pescoço**. In: MENDES, R. (Org) Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1501-39.

ASSUNÇÃO, A.A; ROCHA, L.E. **Agora ... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos.** In: BUSCHINELLI, J.T.P; ROCHA, L.E; RIGOTTO, R.M. **Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis: Vozes; 1994.

BÍBLIA SAGRADA. Brasília : Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Normas Técnicas. Brasília, 1993.

_____MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSS – Instituto Nacional do Seguro Social. DORT – **Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho. Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade.** Brasília, 2000.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesão por Esforço Repetitivo: distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho.** Brasília: 2000.

_____Ministério da Saúde do Brasil. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho – manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; 114. Brasília/DF – Brasil 2001.

_____Ministério da Saúde . Lesões por esforços repetitivos (Ler)/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2001a.

_____Instrução Normativa DIRETORIA COLEGIADA DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS nº 98 de 05.12.2003 D.O.U.: 10.12.2003. Brasília/DF – Brasil 2003.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2º ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Folha Carioca; 1994.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.

BRANDIMILLER, P.A. **O Corpo no Trabalho.** Guia de conforto e saúde para quem trabalha em microcomputadores. São Paulo: Ed. SENAC, 1997.

CALDEIRA-SILVA, A.; BARBOZA, H. F. G.; FRAZÃO, P**. Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho na prática odontológica**. In: FELLER, C.; GORAB, R. Atualização na clínica odontológica**:** módulos de atualização. São Paulo: Artes Médicas, 2000. v.1, cap. 17, p. 512-33.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E. et al. (org.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. Cap. 4, p.56-75.

CONSELHO FEDERAL MEDICINA (CFM). Resolução CFM Nº 1488/98, de 11/02/1998. Brasília: CFM, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Leis e Decretos.** Disponível em: <http: www.corensp.org.br/resoluções>. Acesso em: 12 de junho de 2006.

COUTO, H. A. **Tenossinovite e outras lesões por traumas cumulativos nos membros superiores de origem ocupacional.** Belo Horizonte : Ergo, 1991.

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento.** Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, W. “Providências na organização do trabalho para a prevenção da LER”. In CODO, W e ALMEIDA, M.C. **LER – Lesões por esforços repetitivos**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CODO, W; ALMEIDA, M.C.C.G. LER. **Diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem multidisciplinar.** 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

DANIEL. L.F **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo, EPU, 1987.

DEJOURS, C**. A loucura do trabalho, estudo em psicopatologia do trabalho**. São Paulo : Cortez Oboré, 1987.

_____ **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In: CHANLAT, J. F. [coord.] O indivíduo na organização. São Paulo : Atlas, 1992, p. 150-73.

DEJOURS, C. ; ABDOUCHELI, E. ; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho.** São Paulo : Atlas, 1994.

DEJOURS, C. A. **Loucura do Trabalho** – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

DEMBE, A.E. **Occupational and disease. How social factors affect the conception of work-related disorders**. New Haven and London: Yale University Press;1996.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário da Língua Portuguesa, 1986.

FIALHO, F; SANTOS N. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. 2ª. ed. Curitiba: Genesis, 1997.

FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. 8ª ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1983.

GUIMARÃES L.A.M, GRUBITS S, organizadores. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

GURGUEIRA, G. P.; et al. **Prevalência dos sintomas músculos esqueléticos em trabalhadores de enfermagem**. Revista Latino-americana de enfermagem. 11 (5); 608-613, 2003. 2003.

HARBER, P. et al. **Importance of non-patient transfer activities in nursing**. J.Occup.Med., v. 29, n. 12, p. 967-70, 1987.

HELFENSTEIN, M; FELDMAN, D. **Lesões por esforços repetitivos: tratamento e prevenção.** Publicação do laboratório Merck-Sharp, 2001.

HUMPHREY, J. **Fazendo o "Milagre"**: controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira. Petróplis: Vozes/Cebrap, 1982.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. Editora Edgar Blücher, São Paulo, 1990.

INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalho:Brasília,1997.

Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT. Acesso em 12 março de 2007 http://www2.uol.com.br/prevler/instituto.htm

JOSEPHSON, M.; et al. **Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel; a study over a three year period**. Occupational and environmental medicine. 54: 681-685, 1997.

KRAWULSKI. E. **Evolução do Conceito de Trabalho através da História e sua Percepção pelo Trabalhador Hoje.** Florianópolis, 1991. [Dissertação de Mestrado em Administração Pública, Centro Sócio Econômico, UFSC].

KUORINKA, I; FORCIER, L, eds. **Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention.** London: Taylor & Francis; 1995. p. 138-212.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LIMA, M.E.A.; ARAÚJO, JNG; organizadores: **L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos/ Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Health; 1997.

LIMA, M. E. A. **Saúde mental e L.E.R.: a dimensão psicológica das L.E.R**. Belo Horizonte, 2000.

LOPEZ VELASCO, S. **Ética de la liberación** [oiko-nomia]. Campo Grande : Cefil, 1996.

LUDUVIG, M. M. **Perigo no Trabalho**. **Saúde**. São Paulo. s.v., s.n., p. 80-93, Março 1998.

MAENO M et al. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT.** Brasília: 2001.

MELO, I.C. Diagnóstico. In: OLIVEIRA, C.O. Manual prático de LER. 2ª ed. Belo Horizonte, Editora Health, 1998.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Saúde dos trabalhadores**. In: Rouquairol M Z, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MENDES, R. **Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para definição de uma Política**. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1986.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro-São Paulo : Abrasco-Hucitec, 2000.

MIRANDA, G.M.; et al. **Adoecimento das enfermeiras em hospital de Rio Branco, Acre.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2005.

MUROFUSE, N.T; MARZIALE, M.H.P. **Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de Lesões por esforços repetitivos: LER**. Rev Latino-am Enfermagem 2001 julho-agosto; 9(4):19-25.

NICOLETTI, S. Exame clínico dos membros superiores e diagnóstico dos distúrbios musculoesqueléticos ocupacionais. In: COUTO, H. Como gerenciar as questões das LER- DORT . Belo Horizonte, Ergo Editora, 1998.

NORIEGA, M. Organización Laboral, Exigencias y Enfermidad. In: LAURELL, A.C. (org). **Para la Investigación de la salud de los Trabajadores**. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud. Série Paltex. 1993.

OIT/LIMA: XIV Reunião Regional dos Estados Americanos. Prioridades da OIT Américas. Conclusões itamericas 1999.org.pe/spanish/conclus/text_por.shtml>. Acesso em: 28 julho 2006.

OLIVEIRA, et al **Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho em um hospital geral. Rev.** Bras. Saúde Ocup., v. 10, n. 40, p. 26-30. Brasília, 1982.

OLIVEIRA, C. R. et all. **Manual prático de L.E.R**. Belo Horizonte: Health, 2003.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo. Classificação Internacional de Doenças. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças. São Paulo: FSP-USP; 1985.

ORSO et al. **Reflexões acerca das Lesões por Esforços Repetitivos e a Organizaç~]ao do Trabalho.** Rev. online Bibl. Prof. Joel Martins, Campinas, SP, v.2, n.2, 47-58, fev. 2001. Acessado em 12 de maio de 2007.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo : Fudacentro, 1992.

RANNEY D. **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. 1. ed. São Paulo : Roca, 2000.

REIS, R. J.; PINHEIRO, T. M. M.; NAVARRO, A.; MARTIN, M. M. **Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de Lesões por Esforços Repetitivos**. Rev. Saúde Pública, v.34, n.3, p.292-8, 2000.

RIO, R. P. **LER - Ciência e Lei.** Belo Horizonte : Health, 1998.

RIBEIRO, H. P. **LER – Conhecimento, práticas e movimentos sociais**. São Paulo: Imprensa Oficial, 1997.

_____ ***A*** **Violência Oculta do Trabalho - As Lesões Por Esforços Repetitivos.** Rio de Janeiro : Fiocruz, 1999.

RIO, L. M. S. **Ergonomia odontológica**. Revista do Conselho de Odontologia de Minas Gerais, v .6, n. 1, p. 28-33, jan./abr. 2000.

ROBAZZI,M.L.C.C; MARZIALE M.H.P. **Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil.** Rev Bras Enfermagem jul/set; 52(3):331-8. 1999.

_____ **A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2004

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 6. ed. Petrópolis : Vozes, 1999.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROYAS, A. D. V.; MARZIALE, M. H. P**. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**,** Ribeirão Preto, v. 9, n.1, 2001.

SALIM, C. A. **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero**. Revista São Paulo Perspectiva, 2003.

SANTANA, E. I. B. de et al. **Estudo epidemiológico de Lesões por Esforços Repetitivos em Cirurgiões-Dentistas em Salvador-BA**. Revista da Faculdade de Odontologia. UFBA, v. 17, p. 67-74, jan./dez. 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acessado em 15 agosto de 2006.

SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO, S. M. **Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em Cirurgiões-Dentistas de Belo Horizonte. C**ontribuição ao debate sobre os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Cadernos de Saúde Pública, p. 1-19, 2002.

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

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. São Paulo : Best Seller, 1999.

SENTONE, A. D. D **. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios**. Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, jan./dez. 2002

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem em saúde do trabalhador**. [Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1996.

VASQUES-MENEZES, I. **Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In: O Trabalho Enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho.** Organizador Wanderley Codo. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2004

VERTHEIN, M. A. R.; MINAYO-GOMES, C. **Construção do sujeito-doente em LER**. Hist. Ciênc. Saúde, v.7, n.2, p.327-45, 2000.

VIEIRA, E. S. ; HILÁRIO, M. O. E. **Diagnóstico e Tratamento em Reumatologia Pediátrica e do Adulto.** Vitória: VCS, 1998.

ZALUAR, A. O **antropólogo e os pobres : introdução metodológica e afetiva**. In: *A máquina e a revolta*. São Paulo : Brasiliense, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE I

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, João Renan Silva de Freitas, aluno do Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, convido você a participar de uma pesquisa que será realizada no seu local de trabalho, e que tem por objetivo geral verificar a ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

As suas respostas e dos demais trabalhadores nos ajudarão a compreender melhor alguns fatores ocupacionais e não ocupacionais de risco à saúde, e assim contribuir para a prevenção.

Se você aceitar participar da pesquisa por sua livre vontade, depois de ter lido ou ouvido este texto, por favor, assine este documento. Você responderá o questionário, e suas respostas serão confidenciais e somente você e o pesquisador terão acesso a elas.

Você não será identificado em nenhum dos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo. A sua participação ou a não-participação neste projeto não interferirá em sua relação de trabalho.

Saliento que sua participação na pesquisa é voluntária, e você pode se recusar a participar ou pode desistir a qualquer momento. Se você precisar de esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa (metodologia, procedimentos), estes serão fornecidos em qualquer tempo do curso desta. Você responderá voluntariamente às questões durante a entrevista. Você não será responsabilizado por nenhum custo relacionado a esta pesquisa.

Se você vier a ter outras perguntas sobre sua participação neste estudo, por favor entre em
contato com João Renan Silva de Freitas, fone: 91614243, ou com o coordenador da pós-graduação em Enfermagem Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, 32338855.

Consentimento: Eu, _____
li ou ouvi a leitura do consentimento informado e sou voluntário em participar do projeto.

_____ _____
Assinatura do participante

Data:

APÊNDICE II

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PACIENTES COM DORT

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:.....
Data de Nascimento:.....
Endereço:.....
Estado civil: ( ) C ( ) S Outros ( )
Escolaridade: ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Completo
( ) 3º Grau Completo
Outro – (especificar):.....

CATEGORIA PROFISSIONAL:

( ) Enfermeiro
( ) Técnico de enfermagem
( ) Auxiliar de enfermagem

Local (is) de Trabalho atual:
A) ..... Há quanto tempo?.....
B) .....Há quanto tempo?.....
C) .....Há quanto tempo?.....

Função atual: .....Há quanto tempo:.....
Outras funções:
a).....Há quanto tempo?.....
b)..... Há quanto tempo?.....
c) .....Há quanto tempo?.....

REGIÃO DO CORPO AFETADA E TIPO DE SINTOMA

	Direito	Esquerdo	DOR	PARESTESIA
Ombro	( )	( )	( )	( )
Braço	( )	( )	( )	( )
Cotovelo	( )	( )	( )	( )
Antebraço	( )	( )	( )	( )
Punho	( )	( )	( )	( )
Mão	( )	( )	( )	( ) Dedos: Especificar qual (is):.....

Coluna: ( ) Cervical ( ) Torácica ( ) Lombar ( ) Sacral

Outras:.....

EXAMES COMPLEMENTARES E TIPO DE ALTERAÇÃO

RX .....

Ultrasson .....

Tomografia.....

Eletromiografia.....

Ressonância Magnética.....

Outros: .....

.....

Diagnóstico médico do seu DORT:.....

Qual foi o tratamento feito?.....

.....

Licenças para tratamento de saúde (devido a DORT) entre 1° janeiro de 2005 até a presente data. (Especificar para cada licença a data e o tempo de afastamento)

.....

.....

Observações:.....

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Descreva como é seu dia normal de trabalho.
2. Sente dor em repouso?
3. Sente dor ao trabalhar? Qual sua estratégia para minimizá-la?
4. Apresenta algum outro sintoma?
5. Como começaram os sintomas?
6., O que fez inicialmente ao aparecerem os primeiros sintomas?
7. Quando procurou ajuda médica?
8. Como foram as consultas médicas?
9. Qual foi o diagnóstico médico?
10. Como foi o tratamento médico?
11. Qual foi a atitude da chefia ao iniciar o problema?
12. Como reagiram os colegas frente a seu quadro clínico?
13. Qual a reação dos seus familiares frente ao seu problema?
14. Qual a reação dos seus amigos?
15. Como evoluiu o caso?
16. Com está seu dia a dia atualmente?
17. Como era seu trabalho antes da doença?
18. Acha que houve diminuição de rendimento devido a doença?
19. Como foi sua volta ao trabalho?
20. Como está sendo realizado seu trabalho agora?
21. Como é o relacionamento atual com seus patrões?
22. Como seus colegas estão lhe tratando atualmente?
23. Você recebeu algum tipo de recomendação ou treinamento para a sua função?
24. Você fazia pausas ou algum exercício durante o dia de trabalho?
25. Qual o seu sentimento em relação a seu trabalho atualmente?
26. Qual o seu sentimento em relação a seus patrões atualmente?
27. Qual o seu sentimento em relação a seus colegas atualmente?
28. O que você acha que deveria mudar para melhorar a sua saúde e a dos seus colegas de profissão nas suas condições de trabalho? Especifique cada item
29. O que você gostaria de dizer e que não foi perguntado?

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. E DA CHEFIA DE ENFERMAGEM

Ilma Sra. Dra. Sandra C. Brandão – Diretora do Hospital Universitário
Ilma Sra. Enf. Carla André – Coordenadora de Enfermagem
Ilma Sra. Enf. Zoe Victória – Coordenadora adjunta de Enfermagem

Eu, João Renan Silva de Freitas, aluno do Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, venho por meio deste, solicitar seus consentimentos para realizar minha pesquisa que faz parte da Dissertação de Mestrado, intitulada Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORTs em Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Este trabalho está sob orientação do Prof. Dr. Wilson Lunardi Filho.

O objetivo geral desta pesquisa é o de verificar a ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em membros da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

A metodologia usada serra a de entrevista com aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. Garantimos que todos os preceitos éticos da resolução 196/96, que rege a pesquisa em seres humanos, serão seguidos.

Certo de contar com vosso apoio, agradeço desde já colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

João Renan Silva de Freitas

De acordo:

Sandra C. Brandão

Carla André – Coordenadora de Enfermagem

Zoe Victória – Coordenadora adjunta de Enfermagem.

APÊNDICE IV

MEMORANDO DE APRESENTAÇÃO

Ilmo. Sr. Prof. Msc. Gabriel Diogo Hamilton
M.D. Presidente do CEPAS

Sr. Presidente,

Encaminhamos para parecer o projeto “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande” a ser desenvolvido pelo mestrando João Renan Silva de Freitas, sob a orientação do Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Cordialmente,

João Renan Silva de Freitas
Mestrando

Contatos:
João Renan Silva de Freitas (91614243)
Wilson D. Lunardi Filho (32338858)