

SUMÁRIO

BOLETIM DA SAÚDE

VOLUME 19

NÚMERO 1

JAN./JUN. 2005

- 5** EDITORIAL
- 7** APRESENTAÇÃO
- 9** SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE LER/DORT: CONFLITOS E NOVAS PERSPECTIVAS: UM BALANÇO DO EVENTO
Jussara Maria Rosa Mendes
- 17** A SAÚDE E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPITALISMO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES
Álvaro Roberto Crespo Merlo, Naira Lima Lâpis
- 31** ERGONOMIA E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: O PAPEL DOS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO INDIVIDUAL E SOCIAL NA GÊNESE DAS LER/DORT
Paulo Antonio Barros Oliveira
- 39** AÇÕES COLETIVAS PARA PREVENÇÃO DE LER/DORT
Claudio Cezar Peres
- 51** DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO DO OMBRO ENTRE OPERADORES DE CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO DE EMPRESA DE TRANSPORTE AÉREO NO BRASIL
Lys E. Rocha, Debora M. R. Glina, Jayme A. R. Viana, Leonilde Mendes Ribeiro Galasso
- 73** PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO
Jacinta Sidegun Renner
- 81** TRATAMENTOS EM LER/DORT: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR II: ABORDAGEM PSICOTERÁPICA GRUPAL
Maria da Graça Jacques
- 85** TERAPIA OCUPACIONAL NAS LER/DORT
Cecília Maria Fernandes Gutterres, Kátia S. Barfknecht
- 91** ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE: UMA QUESTÃO POLÍTICA
Annie Thébaud-mony
- 101** ENSAIOS E REFLEXÕES
- 103** NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA NAS LESÕES NERVOSAS POR ESFORÇO REPETITIVO
Martin R. Portner
- 107** LER/DORT E OS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL
Luiz Carlos Weber
- 115** PRESSUPOSTOS E COMPETÊNCIA
Lusmary Fátima Turelly da Silva
- 123** LER/DORT E OS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO
Roberto C. Ruiz
- 129** PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LER/DORT
Rodolpho Repullo Junior
- 137** POLÍTICA E NORMAS EDITORIAIS

TABLE OF CONTENTS

BOLETIM DA SAÚDE
VOLUME 19
NÚMERO 1
JAN./JUN. 2005

- 5** EDITORIAL
- 7** PRESENTATION
- 9** STATE SEMINAR ON REPETITIVE STRAIN INJURY WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: CONFLICTS AND NEW PERSPECTIVES: ASSESSING THE EVENT
Jussara Maria Rosa Mendes
- 17** HEALTH AND LABOR PROCESSES IN CAPITALISM: A FEW CONSIDERATIONS
Álvaro Roberto Crespo Merlo, Naira Lima Lápiz
- 31** ERGONOMICS AND LABOR ORGANIZATION: THE ROLE OF INDIVIDUAL AND SOCIAL REGULATION SPHERES IN THE GENESIS OF RSI/WMSD
Paulo Antonio Barros Oliveira
- 39** JOINT ACTIONS FOR RSI/WMSD PREVENTION
Claudio Cezar Peres
- 51** WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL SHOULDER DISORDERS AMONG A BRAZILIAN AIRLINE'S TELEPHONE SUPPORT OPERATORS
Lys E. Rocha, Debora M. R. Glina, Jayme A. R. Viana, Leonilde Mendes Ribeiro Galasso
- 73** PREVENTION OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS
Jacinta Sidegun Renner
- 81** RSI/WMSD TREATMENT: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH II: GROUP PSYCHOTHERAPIC APPROACH
Maria da Graça Jacques
- 85** OCCUPATIONAL THERAPY FOR RSI/ WMSD
Cecília Maria Fernandes Gutterres, Kátia S. Barfknecht
- 91** LABOR ORGANIZATION AND HEALTHCARE: A POLITICAL ISSUE
Annie Thébaud-mony
- 101** ESSAYS AND CONSIDERATIONS
- 103** CLINICAL NEUROPHYSIOLOGY IN REPETITIVE STRAIN NERVE LESIONS
Martin R. Portner
- 107** REPETITIVE STRAIN INJURY/WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS AND SOCIAL REGULATION SPHERES
Luiz Carlos Weber
- 115** PREREQUISITES AND JURISDICTION
Lusmary Fátima Turelly da Silva
- 123** REPETITIVE STRAIN INJURY /WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDER AND SOCIAL REGULATION SPHERES: REFLEXIONS ON ORGANIZED SOCIAL MOVEMENTS
Roberto C. Ruiz
- 129** REPETITIVE STRAIN INJURY/WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS DIAGNOSIS PROTOCOL AND TREATMENT
Rodolpho Repullo Junior
- 137** EDITORIAL POLICY AND RULES

EDITORIAL

Amigos leitores, acreditamos que ultrapassamos uma das fases mais difíceis desde o retorno do Boletim de Saúde: estamos próximos de ficar em dia com nossa periodicidade. Por diversos motivos, nestes quase 40 anos de existência, chegamos a ficar ao todo por treze anos sem edições. Esta fase está vencida. Paulatinamente, e com o forte apoio da Direção Superior da Secretaria, principalmente na pessoa do sr. Secretário, fomos percorrendo o árduo caminho do retorno à normalidade. Isto não é fruto do acaso.

Entre tantas estratégias, investiu-se nas pessoas – principalmente em funcionários do quadro permanente do Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS, da Escola de Saúde Pública – que foram participar de eventos e fazer cursos em outros estados. Na continuidade, contamos com o apoio da Associação Brasileira de Editores Científicos que, em trabalho conjunto, está trazendo seu reconhecido curso técnico de editoração de forma a permitir a disseminação dos conhecimentos próprios da área para os demais servidores da casa e para as nossas co-irmãs de outros institutos técnicos e universitários do estado.

Neste número, compilamos as principais participações do Seminário sobre Lesões por Esforços Repetitivos – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), que aconteceu nos dias 27 e 28

de setembro de 2004, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Fruto da parceria do Centro de Documentação e Pesquisa em Saúde e Trabalho – CEDOP, da UFRGS, do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Trabalho – NEST da PUCRS, do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CREST, do Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, e de mais de vinte sindicatos de trabalhadores da capital e do interior, estiveram reunidos mais de setecentos profissionais de diversos estados brasileiros, discutindo temas centrados nas controvérsias mais freqüentes existentes em nosso meio.

Os tempos atuais têm nos mostrado o caminho: temos que nos aliar fortemente com parceiros na construção dos contrapoderes que permitam vencer as adversidades. Parcerias que incluam diferentes grupos e matizes políticas que tenham como denominador comum a luta pelo avanço do Sistema Único de Saúde em sua marcha à melhor distribuição de serviços, à melhor equidade e à necessária integralidade na atenção à saúde das pessoas.

Terminamos? Não! Agora, neste último ano de gestão que se avizinha, vamos buscar o retorno da indexação.

O EDITOR

EDITORIAL

Dear readers, we believe we have overcome one of the most difficult phases since the return of the *Boletim da Saúde* (Health Report): we are close to achieving our publication periodicity. For several reasons, over these nearly 40 years of operation, we were not able to turn out issues for a combined total of thirteen years. Such times are over. Gradually, and through the strong support of the Department's Senior Office, especially represented in the person of the Secretary, we traveled the hard road back to normalcy. That did not happen by accident.

Among so many strategies, we invested in people – especially in the employees of the permanent staff of the *Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS* (Health Information and Documentation Center) of the Public Health School – who participated in out-of-state events and training programs. Next, we have had the support of the Brazilian Association of Scientific Editors which, in a joint operation, is bringing us their accredited technical publishing course so as to allow the relay of area-related information to the other employees of the house as well as to our colleagues of other technical institutes and universities in the state.

In this issue, we have compiled the most important contributions to the Seminar on Repetitive Strain Injuries – Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WMSD) which took place at the *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul* on September 27 and 28, 2004. Brought together by the combined efforts of the

Centro de Documentação e Pesquisa em Saúde e Trabalho – CEDOP (Health and Labor Documentation and Research Center) of the Federal University of Rio Grande do Sul, of the *Núcleo de Pesquisa em Saúde e Trabalho – NEST* (Health and Labor Research Center) of *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, of the *Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CREST* (Labor Healthcare State Reference Center) of the *Centro Estadual de Vigilância em Saúde* (State Center for Health Monitoring) of the State Department of Health, of the *Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST* (Labor Healthcare Reference Center) of the Porto Alegre Municipal Department of Health, and of over twenty labor unions from the capital and countryside cities, the event was attended by more than seven hundred professionals from several Brazilian states to discuss topics related to the most prevailing controversies in our midst.

The present times have shown us the way: we must build strong alliances with partners for the establishment of counter-powers that will enable us to triumph over adversities. Partnerships that include different groups and political affiliations, that have the struggle for the progress of the *Sistema Único de Saúde* (Joint Healthcare System) as their common ground in the journey towards a better distribution of service, higher equity and the necessary comprehensive care regarding people's health.

So, is that it? No! Now, in this upcoming last year in office, we will seek for the reinstatement of indexation.

THE EDITOR

APRESENTAÇÃO

Há cerca de 20 anos, pouco se falava das Lesões por Esforços Repetitivos ou dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT, no Brasil. Entretanto, já no século XVII, Ramazzini observava em escriturários e tipógrafos o adoecimento por lesões osteomusculares. Somente em 1987, a previdência reconheceu a “tenossinovite do digitador” como doença relacionada ao trabalho.

As LER/DORT estão, hoje, entre as principais causas de afastamento do trabalho, embora a subnotificação contribua para a falta do conhecimento da situação real, certamente mais crítica do que a conhecida.

Esses agravos podem ser desencadeados em diversos tipos de processos produtivos, tendo deixado de ser exclusivos dos bancários e digitadores, como anteriormente se registrava. Entre os principais riscos, estão a repetitividade, a manutenção de posturas inadequadas por tempos prolongados, o esforço físico, a invariabilidade das tarefas e a forma de organização do trabalho.

Consideradas totalmente capazes de prevenção, o grande desafio para prevenir essas patologias é desenvolver ações articuladas, considerando a complexidade de sua etiologia, a necessidade de intervenção interdisciplinar (tanto para prevenção, como para diagnóstico e tratamento) e a necessidade de modificar/intervir no processo saúde-doença.

O crescimento das demandas relacionadas a essa questão tem exigido do poder público ações de prevenção da enfermidade, assim como de tratamento e reabilitação associadas a ações de promoção da saúde.

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS, que inclui o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul, executa a política de Vigilância em Saúde da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul. Nesta condição, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, contando com o apoio de diversas entidades e sindicatos de trabalhadores, promoveram, nos dias 27 e 28 de setembro de 2004, o SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE LER/DORT: ESCLARECENDO CONTROVÉRSIAS. O evento, que contou com a presença dos maiores especialistas da área no país e de convidados do exterior, propiciou o debate dos diferentes aspectos do problema, tendo se constituído em importante momento de divulgação dessas patologias, suas causas e seus mecanismos de desenvolvimento.

Estão reunidas, nesta edição, as manifestações registradas na ocasião, as quais, além de garantirem a memória do seminário, deverão ensejar a continuidade dos debates e servir de referência às equipes técnicas e às entidades comprometidas na melhoria das condições de saúde do trabalhador.

O CEVS congratula-se com a Escola de Saúde Pública por mais esta iniciativa que vem qualificar o Sistema Único de Saúde.

DIRETOR DO CENTRO ESTADUAL DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CEVS

PRESENTATION

Roughly 20 years ago, little was said about Repetitive Strain Injuries or Work-Related Musculoskeletal Disorders – RSI/WMSD, in Brazil. However, Ramazzini already observed osteo-muscular afflictions in clerks and type-setters back in the 17th century. The Brazilian Healthcare Administration recognized “typist tenosynovitis” as a work related disease only in 1987.

RSI/WMSDs are among the main causes for leaves of absence from work today, although the lack of report of the actual number of cases contributes for the unawareness regarding the present situation, certainly more critical than we know.

Such injuries may occur in several types of productive processes, nowadays not limited to tellers and typists as it used to be. Among the main risk factors are repetition, maintaining inadequate postures for extended periods of time, physical efforts, invariability of tasks and the form of working organization.

Considered to be fully preventable, the great challenge in avoiding these pathologies lies in developing joint actions that encompass the complexity of their etiology, the need for interdisciplinary intervention (both for prevention as well as for diagnosis and treatment) and the need to alter/intervene in the health-disease process.

The increase in the demands related to this issue has required preventive initiatives from the authorities, as well as treatment and rehabilitation actions associated to health promotion programs.

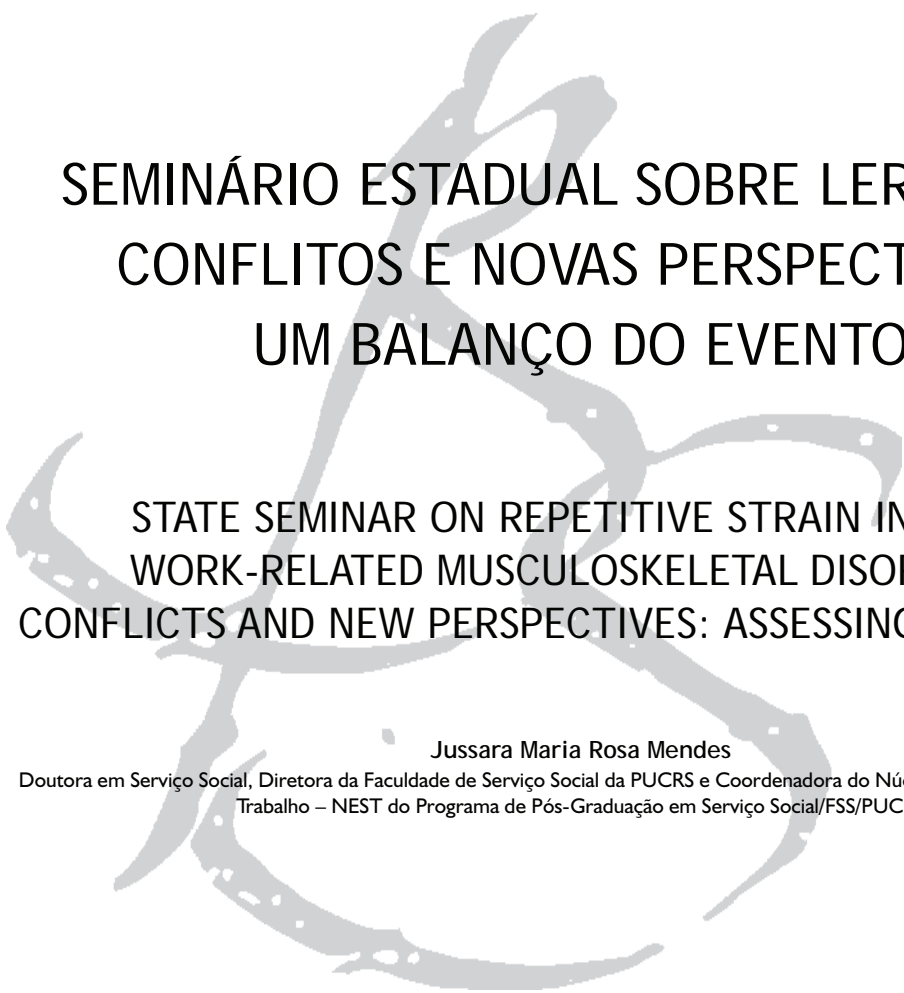
The State Center for Health Monitoring – CEVS, which includes the Labor Healthcare

Reference Center of the State of Rio Grande do Sul, implements the Health Monitoring programs of the State of Rio Grande do Sul Health Department. In that capacity, along with the Porto Alegre Municipal Health Department, the Health and Labor Center of Documentation, Research and Education of the Federal University of Rio Grande do Sul, the Health and Labor Research Center of the *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, and with the support of several entities and unions, held the STATE SEMINAR ON RSI/WMSD: SOLVING CONTROVERSIES on September 27 and 28, 2004. The event, which was attended by the foremost experts in the area both from Brazil and abroad, allowed room for the debate on the different aspects of the problem, becoming a significant occasion for the relay of information regarding these pathologies, their causes and development mechanisms.

In this issue, we have gathered the considerations recorded at the event so that they, while serving as the seminar’s log, promote the continuation of the debates and become a reference for technical teams and entities devoted to the improvement in workers’ health conditions.

CEVS takes pride, along with the Public Health School, in this additional initiative aimed at the advancement of the *Sistema Único de Saúde* (Joint Healthcare System).

HEAD OF THE STATE CENTER FOR
HEALTH MONITORING



SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE LER/DORT: CONFLITOS E NOVAS PERSPECTIVAS: UM BALANÇO DO EVENTO

STATE SEMINAR ON REPETITIVE STRAIN INJURY/ WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: CONFLICTS AND NEW PERSPECTIVES: ASSESSING THE EVENT

Jussara Maria Rosa Mendes

Doutora em Serviço Social, Diretora da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho – NEST do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/FSS/PUCRS

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, saúde ocupacional, ergonomia, sociologia do trabalho, relatório de evento.

KEY WORDS

RSI/WMSD, occupational health, ergonomics, labor sociology, report of the event.

O Seminário Estadual LER/DORT: esclarecendo controvérsias, realizado em setembro de 2004, na PUCRS, buscou dar visibilidade às polêmicas, às dúvidas, às contradições que compõem o processo de adoecimento por LER/DORT dos trabalhadores expostos a esses riscos. Sua realização foi possível a partir da articulação e mobilização de um grupo de profissionais que discutiu, durante meses, a proposta do seminário. Este grupo era composto por técnicos do Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho – CEDOP, da UFRGS, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho – NEST da PUCRS – e contou com o apoio de diferentes e expressivos sindicatos, de todo o estado, que buscaram somar esforços nos diferentes campos de atenção, com o objetivo de combater as causas e as consequências da doença.

Foram dois dias de olhares para a trajetória dos trabalhadores, dos profissionais, dos pesquisadores e estudiosos da LER/DORT. Tivemos, de fato, a oportunidade de realizar um grande balanço e, como uma das propostas de continuidade, foram garantidas a publicação e a divulgação das reflexões e dos debates realizados durante este importante seminário.

As preocupações com o crescimento das LER/DORT, por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, trabalho e previdência social, bem como dos trabalhadores e sindicatos que sofrem os efeitos da doença, motivaram a criar este espaço de debates, reflexão e esclarecimentos sobre todas as questões que compõem esta realidade.

O enfoque dado no seminário foi no sentido de esclarecer as possíveis controvérsias, desde uma contextualização a partir de uma visão sócio-histórica da organização do trabalho no Brasil e no Mundo, até uma análise esclarecedora de reestruturação do mundo do trabalho, da produção flexível, e as novas exigências ao trabalhador para responder a processos de trabalho organizados em ritmos cada vez mais intensos.

Foram explicitadas as controvérsias quanto ao diagnóstico e aos diferentes determinantes e fatores de risco relacionados com as LER/DORT e as formas de tratamento a partir de uma abordagem interdisciplinar. Buscou-se avançar no debate sobre as ações intersetoriais e competências intra-institucionais e os espaços de regulação social, na tentativa de integralizar ações e construir estratégias coletivas de atenção à saúde do trabalhador.

A interlocução entre as áreas de saberes presentes contribuiu para a apreensão dos diferentes enfoques, que explicitaram formas de manifestações dos distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho, bem como perpassou por vários campos de intervenção que evidenciaram não apenas as desigualdades advindas do sistema produtivo, mas também as condições reais de enfrentamento desta realidade.

TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO PRODUTIVO, ERGONOMIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A primeira temática do Seminário tratou sobre as transformações do processo produtivo, evidenciando as bases da sociologia do

trabalho, a partir das contribuições de Marx, e centrou sua exposição na análise crítica sobre a intervenção de Taylor e Ford na segmentação e no parcelamento do trabalho, na chamada gerência científica, mas também na resistência do trabalhador a essas transformações.

Portanto, ela possibilitou a visão sócio-histórica da introdução do taylorismo e do fordismo no trabalho no Brasil, e o papel do Estado no capitalismo brasileiro, salientando seu papel de associado do capital nacional e do capital estrangeiro. Acabou, ainda, por esclarecer o momento atual da reestruturação do mundo do trabalho, da produção flexível, da polivalência, trabalho em equipe que tem sido introduzido de forma lenta, gradual, mais centrado nas empresas grandes e voltadas à exportação, e com diferenças regionais importantes nessa implantação. O trabalho reiterou que, na verdade, no Brasil, o que temos é um “mix” entre taylorismo, fordismo e produção flexível.

Os palestrantes frisaram suas preocupações quanto a desconstituições de direitos, à intensificação do ritmo de trabalho, à desconstrução dos sindicatos de trabalhadores e à perspectiva difícil a partir do atrelamento do Estado aos interesses do capital internacional.

Dentro do enfoque da Ergonomia, explicitou-se a compreensão da Teoria da Regulação como um dos quadros explicativos teóricos para o desenvolvimento da doença no trabalho. Além disso, foi trazida a experiência da inspeção do trabalho nas tentativas de intervenção nestes espaços de trabalho. Foi salientada a necessidade de constituição de bancos de dados fidedignos, que permitam o redirecionamento das ações fiscais e a priorização destas ações. Idem quanto à necessidade de troca

destas informações entre os órgãos voltados para a vigilância em saúde e os voltados para a inspeção do trabalho.

DIAGNÓSTICO DE LER/DORT E SUAS CONTROVÉRSIAS

Articula-se a temática anterior às controvérsias do diagnóstico de LER/DORT, reafirmando a origem da construção do próprio seminário. Evidencia-se, a partir do diagnóstico, a forma inadequada com que vem sendo construída a relação paciente/diferentes serviços de saúde, e do papel do Estado como interlocutor neste processo. Salientou-se, na temática, o papel indispensável que deve ser exercido pelos trabalhadores e suas organizações, de modo independente.

Neste segundo momento, foram trazidas ao debate questões relacionadas às diferentes localizações, aos diversos tecidos afetados e aos diferentes determinantes e fatores de risco relacionados com as LER/DORT. O fato de que, no decurso da doença, a gravidade da dor, o humor deprimido dos pacientes e a progressão do quadro não fiquem estáticos, mas irem alterando-se, são também uma das hipóteses para o aumento das controvérsias neste campo.

As várias contribuições a esse tema salientaram a diferença crucial entre dor psicogênica, relacionada ao comportamento simbólico da dor, oriundo de uma angústia primária, e a simulação, situação encontrada muito raramente, na experiência dos palestrantes.

Também foi mostrada a necessidade de constituição de protocolos que permitam a interlocução entre os diferentes profissionais e

serviços, e que facilitem a utilização posterior dessas informações em pesquisas científicas.

O diagnóstico atual dos serviços públicos de Porto Alegre tem referido que até 60% dos diagnósticos dos ambulatórios em saúde do trabalhador são classificados como LER/DORT.

Os fatores de risco são por demais conhecidos: biomecânicos, psicossociais e organizacionais são os mais correlacionados, mas pouco tem se dito sobre a história do paciente/trabalhador e sobre a sua luta oculta para provar a dor da perda da saúde.

Uma das grandes contribuições, ainda relacionadas às controvérsias do diagnóstico da LER/DORT, está relacionada aos exames complementares, na qual se salientou a importância relativa dos mesmos e que suas indicações estão integralmente vinculadas aos aspectos clínicos identificados anteriormente pelo médico assistente. Como nos ensinam TODOS os grandes mestres da clínica médica, não há exame ideal, não há exame insubstituível, mas sim a indicação de um ou de outro, ou de vários, e cada caso pode exigir um perfil de exames complementares, quando necessários. Em outros casos, a ausência de sinais em um determinado exame complementar não tem o condão de descartar o diagnóstico clínico soberano já firmado.

Entre outros pontos, foram evidenciados os aspectos de operador-dependência desses exames e da relação íntima entre a qualidade do equipamento e a sensibilidade do exame. A necessidade de formação contínua desses profissionais e suas equipes e o longo tempo de maturação das mesmas foram outros importantes tópicos salientados.

TRATAMENTO EM LER/DORT: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Este é um dos pontos cruciais do tema abordado neste número especial. É a partir do diagnóstico que se inicia a caminhada em direção às possibilidades de intervenção neste campo tão complexo. Saliente-se a necessidade de valorização, para não dizer de compreensão do valor imprescindível, que tem o relato do paciente. Assim como em todas as clínicas, a clínica da medicina do trabalho, da saúde do trabalhador, está baseada necessariamente nos relatos dos pacientes, e é a partir desses relatos que se constitui o raciocínio clínico. A exigência de positividade obrigatória em determinados exames complementares e a questão da solicitação de exames de forma protocolar foram duramente criticadas, definidas, inclusive, como um atentado à propedêutica e aos pacientes.

O tratamento da LER/DORT é prioritariamente multiprofissional. As questões voltadas para o tratamento devem ser fruto de um compromisso e de uma responsabilidade entre os terapeutas envolvidos e o paciente. Entre esses, aliado ao trabalho médico, salientam-se o papel do fisioterapeuta, do psicólogo, do assistente social, do terapeuta ocupacional e da enfermagem, entre outros.

Criticou-se a intervenção da ginástica laboral e de pausas, por si só, sem modificação da hiperaceleração do ritmo, para dar conta da produtividade, sem intervenção nos determinantes das condições de trabalho, no posto de trabalho e na organização do trabalho, por exemplo. Nestes termos, ela estaria ferindo a própria concepção de prevenção, que é agir

prioritariamente sobre as causas e sobre o coletivo, em vez das conseqüências e do corpo do indivíduo, como na ginástica laboral, quando implantada fora de um programa maior de intervenção.

LER/DORT: AÇÕES INTERSETORIAIS E OS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL

Com o objetivo de definir estratégias para a efetivação de ações intersetoriais no âmbito da saúde do trabalhador e de enfrentamento da crescente demanda dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, o seminário contou com a representação do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, com a proposta de iniciar-se um diálogo entre esses órgãos no Estado. No âmbito da Saúde, foi evidenciado que vem sendo constituída uma política nacional de atenção integral à saúde do trabalhador, assim como vem se trabalhando no intuito de normatizar procedimentos de notificação de agravos à saúde do trabalhador. Salientou-se que a implementação da adoção de nexos epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e das doenças relacionados ao trabalho, junto à Previdência Social, poderá inverter a lógica atual, na qual a empresa é que deve comprovar que a doença não é decorrente das condições de trabalho.

O representante do Ministério do Trabalho e Emprego enfatizou que as ações na área de segurança e saúde do trabalho, pela sua desarticulação, não vêm gerando resultados satisfatórios, havendo a necessidade de definir ações integradas. Salientou, ainda, a necessidade de um maior investimento na área

de segurança do trabalho e que não se pode confundir vigilância com fiscalização nesta área, pois esses são conceitos diferentes e suas ações se complementam, no sentido de identificar situações de agravos e definir estratégias.

A representante da Previdência Social declarou que o INSS vem elaborando estudos e proposição de normas que possibilitem uma maior agilidade ao tratamento médico cirúrgico, bem como a realização de exames complementares aos segurados da previdência. As interrogações sobre a conduta médico-pericial na caracterização da LER/DORT, no entanto, tornaram-se o centro do debate deste módulo do Seminário, trazendo para a discussão a necessidade de uma maior atenção a esta problemática, com a crescente subnotificação das doenças profissionais pelas empresas, que exigem do INSS a adoção imediata de procedimentos periciais para a caracterização donexo presumido.

Ainda no debate sobre os espaços de regulação social, a juíza da vara dos acidentes de trabalho centrou sua intervenção, basicamente, nos procedimentos do judiciário e na valorização dos laudos periciais e do papel dos peritos do judiciário.

ORGANIZAÇÃO, TRABALHO E SAÚDE: UMA QUESTÃO POLÍTICA

Por fim, registramos a contribuição da professora Annie Thebaud-Mony, pesquisadora do INSERM-França, sob o tema *Organização, Trabalho e Saúde: uma questão Política*. Ela foi desenvolvida sobre o ângulo de uma amostra das atuais condições do trabalho na Europa, a partir de relatório da Comissão Européia, e a

interlocução desta com a realidade brasileira. Foi explicitada também a questão da invisibilidade social dos efeitos na saúde dos trabalhadores, da hegemonia da lógica do trabalho seguro e dos riscos aceitáveis, da predominância do campo da perícia técnica, da visão médica e da estatística sobre os demais aspectos, bem como da desqualificação do conhecimento e da experiência dos trabalhadores.

A participação da professora Thebaud-Mony mostrou que o que existe hoje no interior das empresas, tanto no Brasil como na Europa, pode ser identificado a partir de cinco características:

- a) o predomínio da visão de diminuição do custo do trabalho (flexibilização, terceirização, desemprego);
- b) a intensificação do trabalho;
- c) as políticas de duplo padrão social e sanitário, com suas transferências de riscos;
- d) a uniformização das normas no trabalho, tentando sempre a utilização, como padrão, dos modelos mais precários;
- e) a permanente tentativa de contornar os lugares de resistência coletiva e de contrapoderes como política de desconstituição das organizações do trabalho vigentes (elemento importante dessa lógica).

A professora Thebaud-Mony concluiu sua intervenção salientando o papel das vítimas e seus sindicatos, da justiça e da fiscalização na constituição dos contrapoderes necessários para que possam intervir eficazmente nesta

realidade política e social. Contrapoderes esses que precisam ser enfocados sob, no mínimo, três aspectos:

1. Contrapoder das vítimas: em relação com o movimento sindical, só as vítimas podem levar à tomada de consciência do sindicato dentro da limitação da lógica produtiva nas empresas. A lógica da produtividade não pode combinar com a lógica de saúde do trabalhador/ proteção = negociação. A lógica da produtividade entra em conflito com a responsabilidade de enfrentar o capitalismo com o desvelamento da questão *saúde do trabalhador*.
2. Contrapoder da justiça: não aceitando ficar na negociação, as vítimas vão à justiça porque a indenização não dá conta do não reconhecimento da sociedade. O uso exclusivo da justiça não consegue colocar os fatos como direitos fundamentais, como a injustiça e o não-reconhecimento social.
3. Contrapoder da fiscalização: representa o respaldo do Estado aos interesses comuns da sociedade.

Por fim, a professora Thebaud-Mony destacou que a responsabilidade do Estado ultrapassa o item dos direitos à saúde no trabalho, mas implica, necessariamente, a implementação de políticas públicas em contrapoder ao domínio, quase que exclusivo, do interesse das multinacionais no campo da saúde do trabalhador.

O Seminário apontou os limites e as perspectivas referentes às questões da LER/DORT,

o que foi demonstrado de forma transversal na discussão das temáticas e controvérsias predominantes. Conclui-se que o centro do debate reafirmou a necessidade de que é “o trabalho que deve ser transformado” para se garantir, de fato, a integralidade da saúde do trabalhador. O mérito deste evento fica por conta da capacidade de seus organizadores em reunir trabalhadores, pesquisadores, profissionais que acreditaram nesta possibilidade de construção coletiva. Um grande grupo para pensar em alternativas na busca de caminhos que façam frente às contradições presentes nos modos de viver, trabalhar e adoecer constituintes dos processos de saúde e doença – nos quais a controvérsia tem sido uma constante. E, principalmente, mérito do evento por estimular o debate, procurar formas de avanço e encontrar novas perspectivas!

A SAÚDE E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO CAPITALISMO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

HEALTH AND LABOR PROCESSES IN CAPITALISM: A FEW CONSIDERATIONS

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Médico e doutor em Sociologia, docente da Faculdade de Medicina e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS

Naira Lima Lâpis

Socióloga e doutora em Sociologia, docente do Departamento de Sociologia e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS

RESUMO

Este artigo pretende, através de uma interlocução entre a Medicina do Trabalho e a Sociologia do Trabalho, estudar os efeitos das Revoluções Industriais no processo do trabalho. Resgatando o taylorismo, o fordismo e o toyotismo, objetiva-se traçar um painel das principais transformações nas condições de trabalho, desde o século XVIII, com a primeira Revolução Industrial, até o século XXI, com a terceira Revolução Industrial, em curso desde os anos 70 do século passado. Este artigo, ainda, busca apontar os reflexos desses processos na realidade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE

Capitalismo, sociologia do trabalho, trabalho, condições de trabalho.

ABSTRACT

This article intends to examine the effects of Industrial Revolutions on the labor process through a dialogue between Occupational Medicine and Labor Sociology. By going back to Taylorism, Fordism and Toyotism, we plan to map the main transformations in working conditions since the 18th century and the first Industrial Revolution up to the 21st century and the third Industrial Revolution, which began in the 70s last century. This article also proposes to indicate the consequences of such processes to the Brazilian reality.

KEY WORDS

Capitalism, labor sociology, labor, working conditions.

A percepção de que o trabalho tem conseqüências sobre a saúde dos indivíduos é bastante antiga. Podemos encontrá-la no clássico *Tempos Modernos*, de Charlie Chaplin – sensível à violência produzida pelas transformações contemporâneas do modelo taylorista/fordista sobre os trabalhadores –, e até nos estudos pioneiros da Sociologia do Trabalho, de Friedman e Naville (1962), que relatam as conseqüências do trabalho em linha de montagem, na França dos anos 50 do século passado, ou ainda, mais remotamente, nos escritos de Bernardino Ramazzini, considerado o fundador da Medicina do Trabalho, no século XVIII.

Para uma compreensão mais abrangente das relações que se estabelecem entre a saúde e o trabalho, é profícuo buscar-se uma interlocução entre disciplinas diversas; neste capítulo, entre a Medicina do Trabalho e a Sociologia do Trabalho.

O processo de formação e de consolidação do capitalismo compreendeu diversos ciclos de crescimento e de crises. As suas diferentes fases de desenvolvimento foram marcadas por importantes mudanças em termos de inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de organização do trabalho e da produção, formas de controle sobre os trabalhadores, desempenho dos sindicatos e papel do Estado. Esse conjunto de transformações características de determinadas etapas históricas do capitalismo costuma ser chamado de revolução industrial.

A Primeira Revolução Industrial ocorreu em meados do século XVIII, na Inglaterra, quando se iniciou o uso intensivo de mão-de-obra assalariada. Ela é freqüentemente associada ao trabalho pesado e insalubre na indústria

têxtil, tendo como referência tecnológica fundamental o uso da máquina a vapor.

Nessa primeira etapa do capitalismo, a dominação exercida sobre os trabalhadores expressava-se sob a forma mais autoritária possível. O despotismo fabril materializava-se constantemente em agressões físicas, ameaças, castigos, multas e demissões. Tal fase caracterizava-se pela intensificação do trabalho, por longas jornadas – de 12 a 15 horas diárias –, por condições de trabalho precárias e salários aviltantes. O movimento sindical começava a estruturar-se de forma ainda débil, e era extremamente tímida a função do Estado enquanto regulador das relações entre o capital e o trabalho.

Neste cenário em que os trabalhadores não dispunham de um efetivo sistema de proteção social, sucediam-se os graves acidentes de trabalho, as doenças profissionais e a morte de crianças, mulheres e homens.

Karl Marx retrata, em sua obra *O Capital*, a desproteção à qual estavam submetidos os trabalhadores, notadamente as mulheres e as crianças, no período de apogeu da indústria têxtil, na Inglaterra. No que diz respeito ao trabalho infantil, Marx (1968, p. 482) descreve os riscos aos quais as crianças estavam expostas: “As máquinas de fiar automáticas são talvez as mais perigosas. A maioria dos acidentes atinge crianças que se arrastam embaixo das máquinas para varrer o chão, enquanto elas estão em movimento”.

Quanto ao trabalho das mulheres, Marx, citando o relatório do inspetor da fábrica Saunders, de 1844, também referente à indústria têxtil na Inglaterra, revela a brutal sujeição à qual elas estavam entregues, destacando,

dentre outros fatores, a extensão da jornada de trabalho:

Entre as mulheres operárias, há mulheres que trabalham muitas semanas seguidas, com exceção de alguns dias, de 6 da manhã até meia-noite, com menos de 2 horas para refeições, de modo que, em 5 dias na semana, só dispõem de 6 horas das 24 horas, a fim de ir para casa, dormir e voltar. (MARX, 1968, p. 460).

Ao demonstrar a intensificação do trabalho nesse estágio do capitalismo, Marx (1968) aponta a destruição da saúde do trabalhador e da própria força de trabalho, destacando os diferentes tipos de doenças que os acometiam e que, muito freqüentemente, levavam à morte: doenças pulmonares, cutâneas, cardíacas, respiratórias e estresse físico e mental. Os acidentes de trabalho eram inúmeros e graves, mutilando os operários (para citar alguns: perda de dedos, esmagamento de mãos, queimaduras, lesões causadas pelas ferramentas que caíam sobre os trabalhadores).

Antes de se encerrar essas considerações acerca da Primeira Revolução Industrial – considerações pontuais, dada as complexas construções histórica, econômica e social que caracterizaram essa fase do capitalismo –, cabe referir, ainda, dois aspectos importantes desse período: a qualificação do trabalhador e as suas estratégias de resistência.

Modificações substanciais aconteceram na sua qualificação. O trabalhador, que até então detinha um significativo conhecimento sobre o conteúdo do seu trabalho, passou, gradualmente, a ter apropriado seu saber-fazer, ao mesmo tempo em que se aprofundou a divisão do trabalho. Não se pode, contudo, afirmar

que houve uma desqualificação generalizada do trabalhador. Ferreira (2002, p. 69) enfatiza em seus estudos que a evolução da Primeira Revolução Industrial “[...] teria tornado-se difícil sem o perfil profissional e as qualificações do operariado”.

No que tange às estratégias de resistência dos trabalhadores, entrelaçaram-se diferentes formas, que vão desde a sabotagem (danificação das máquinas), para dificultar o desenvolvimento do processo de trabalho e de produção, atrasos e absenteísmo, até a ocorrência de greves. Essa resistência operária se alicerçava, dentre outros, em dois importantes pilares: por um lado, o desconhecimento do empregador quanto ao conteúdo do trabalho, o qual era transmitido oralmente de geração em geração, sendo que métodos e as técnicas de trabalho não eram registrados ou documentados; por outro, a complexidade da maquinaria era ainda incipiente. Nesse contexto, era possível aos trabalhadores exercer um relativo controle sobre o processo de trabalho no que concerne às pausas, aos movimentos e aos tempos de realização das tarefas, apesar da vigilância permanente do contramestre, do capataz e do patrão.

A Segunda Revolução Industrial, no final do século XIX e início do século XX, nos EUA, período em que a eletricidade passou gradativamente a fazer parte do cotidiano das cidades e a alimentar os motores das fábricas, caracterizou-se pela administração científica do trabalho e pela produção em série. Foi a época da difusão do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho e da produção, da extrema especialização das tarefas e da racionalização do trabalho.

O taylorismo, ou a administração científica do trabalho, surgiu, nesse período, como uma

nova cultura do trabalho, quando o conhecimento científico se tornou cada vez mais importante para o desenvolvimento das indústrias química, elétrica, metalúrgica e outras, correspondendo às necessidades de uma etapa do capitalismo internacional e norte-americano, período de atuação monopolística do capital.

Taylor (1995) observou que boa parte dos problemas de baixa produtividade das fábricas se deviam à enorme variação de tempo e de rendimento no trabalho individual dos operários. Coexistiam, numa mesma empresa, diversas maneiras de executar uma idêntica tarefa, e os métodos de trabalho eram, em geral, transmitidos oralmente de trabalhador a trabalhador ou aprendidos por intermédio da observação. Prêmios, ameaças e sanções não obtinham os resultados esperados.

Taylor percebeu, então, que os padrões ignoravam os conteúdos do trabalho e o tempo necessário para a execução de cada tarefa, e, enquanto isso ocorresse, ou seja, enquanto os operários detivessem o conhecimento do processo de trabalho, não seria possível diminuir os tempos ociosos e o “fazer cera”, tão desastroso do ponto de vista da produtividade. A questão implicava buscar métodos objetivos de execução, os quais, além de serem uniformes, deveriam ser determinados de forma externa, prescritos pela gerência. Segundo a lógica taylorista, as tarefas não mais poderiam ser realizadas ao bel-prazer dos executores.

A administração científica de Taylor visava substituir os métodos empíricos e racionalizar a organização do trabalho, o que envolveu buscar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes. Pela observação, pela descrição e pela medição, seria possível simplificar as operações, eliminar os movimentos desneces-

sários, lentos e ineficientes e encontrar “o modo melhor”, o movimento certo e mais rápido em todos os ofícios. Embora a cronometragem já houvesse sido utilizada para coordenar e acelerar o trabalho, com Taylor, no estudo do tempo, associado ao estudo dos movimentos, ela levou à busca do único e melhor método de execução como norma a ser seguida permanentemente na empresa.

Mas esses métodos e técnicas de trabalho não eram elaborados pelos operários. Embora fosse das sugestões dos próprios trabalhadores que deveriam partir as melhores idéias para aprimorar constantemente o processo produtivo, a preparação do trabalho passou a ser uma tarefa de especialistas, dos engenheiros de métodos. Estava consolidando-se no capitalismo uma radical separação entre o *saber* e o *fazer*; entre a concepção, o planejamento das tarefas e a execução; entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências.

Com o estudo de tempos e movimentos, o trabalho foi decomposto em parcelas cada vez mais elementares e simplificadas. Cada tarefa passou a corresponder a um posto de trabalho, o qual deveria ser ocupado não por qualquer operário, mas pelo homem certo. Isso significa que Taylor percebeu a importância de se aprimorarem as formas de recrutamento. Essas passaram a ter como objetivo principal a seleção, de maneira criteriosa, do trabalhador mais adequado para cada tarefa, para cada posto de trabalho, o que ficou conhecido como “o homem certo no lugar certo”.

Segundo Heloani (2002, p. 30):

A formulação ‘científica’ das práticas de seleção e treinamento reflete a consolidação do padrão tecnológico da Segunda Revolução

Industrial. Esse padrão passa a exigir formas de administração mais sofisticadas, que aprofundam as exigências de adestramento. Como consequência, a seleção deve ser individualizada, e a antiga forma de recrutamento 'em massa' deve ser abandonada nos principais ramos (industriais de ponta).

Além do estudo científico das tarefas, da seleção científica do trabalhador mais adequado para a sua execução e do treinamento científico do operariado, configuram-se, entre os objetivos tayloristas de racionalização do trabalho, os incentivos salariais à elevação da produtividade.

Estímulos ao desempenho individual, como salários e prêmios por produção, associados ao estudo de tempos e movimentos, têm como fundamento, na ótica taylorista, ajudar a modelar a subjetividade do trabalhador, o qual “[...] assimila o ‘desejo’ de aumentar a produção e passa a reorientar a sua percepção para este aumento.” (HELOANI, 2002, p. 31).

Vale acrescentar que o taylorismo se associa, ainda, à criação de uma estrutura organizacional extremamente rígida, hierarquizada, com especialistas de controle, normas burocráticas e conduta autoritária e arbitrária das chefias.

Para os que se posicionam de forma crítica e reflexiva em relação ao trabalho e a seu papel social, não é difícil perceber, a partir do que foi exposto acima, por que a administração científica taylorista é relacionada à expropriação do conhecimento dos trabalhadores, transformando, definitivamente, o trabalho em atividade fragmentada, repetitiva, monótona e sem sentido, e tirando do ser humano aquilo que o torna singular: a capacidade de usar a sua criatividade (CATTANI, 1997).

Taylor, de fato, exprime, com cinismo brutal, o fim da sociedade americana; desenvolver no trabalhador, no máximo grau, atitudes maquinais e automáticas, despedaçar o velho nexos psicofísico do trabalho profissional qualificado, que exigia uma certa participação ativa da inteligência, da fantasia, da iniciativa do trabalhador, e reduzir as operações produtivas ao seu único aspecto físico maquinal (GRAMSCI, 1978, p. 328).

No modelo taylorista, a principal fonte de agressão à saúde do trabalhador é a própria organização do trabalho. Na medida em que a concepção passa a ser monopólio de uma “gerência científica”, é necessário que as tarefas a serem realizadas pelos trabalhadores sejam predefinidas nos seus mínimos detalhes. Trata-se da essência dos princípios indicados por Taylor. A descrição minuciosa de cada tarefa a ser executada é necessária para garantir-se a máxima produtividade e, segundo Taylor, a sua realização de forma plena e perfeita, o que, na prática, não ocorre, pois o trabalho real implica sempre algum grau de aleatoriedade e imprevisão, o que deve ser, obrigatoriamente, resolvido pela inteligência e pela experiência do trabalhador (DANIELLOU et al., 1989). Essa possibilidade de intervir de alguma maneira para preencher as lacunas não previstas pelas prescrições da gerência e o reconhecimento, pelo trabalhador, desse tipo de contribuição individual à manutenção da qualidade e da produtividade são essenciais para a conservação da sua saúde mental.

Compreendendo-se a *tarefa* como o que deve ser feito segundo definições precisas e a *atividade* como o que é efetivamente realizado, entre *tarefa* e *atividade* haverá, portanto, um necessário reajuste, que conduzirá a uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados.

Esse reajuste constitui uma parte enigmática do trabalho, e sua resolução fica necessariamente ao encargo do operador, para que a produção possa ocorrer conforme as quantidades calculadas, com a qualidade prevista e com condições mínimas de segurança para as pessoas e para as instalações (MERLO, 1998).

Para Teiger (1980), as “marcas” do trabalho que aparecem sob a forma de modificações de conduta no espaço fora do trabalho, de sofrimento psíquico ou mesmo de doenças físicas e psíquicas têm, como uma de suas fontes, a rigidez do taylorismo, no qual o espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real é quase inexistente, não estando previsto nenhum tipo de iniciativa por parte do trabalhador.

A principal crítica dirigida ao taylorismo é a de que ele impede a conquista da identidade no trabalho, a qual ocorre, precisamente, no espaço entre trabalho prescrito e trabalho real. A organização científica do trabalho não se limita apenas à desapropriação do saber; ela proíbe também qualquer liberdade de organização, de reorganização e de adaptação ao trabalho, pois tal adaptação exige uma atividade intelectual e cognitiva não desejada pelo taylorismo (DEJOURS, 1993, p. 38).

A fragmentação da atividade, tal qual instaurada pelo taylorismo, exige respostas fortemente personalizadas que se direcionam, prioritariamente, para dois sofrimentos devastadores provocados pelo trabalho: o medo e a monotonia.

O medo vivenciado pelo trabalho (DEJOURS, 1993, p. 97) pode ter várias origens, tais como:

- a) o medo relacionado à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo, o qual pode originar-se

na desestruturação das relações entre os colegas de trabalho. Manifesta-se por intermédio da discriminação, da suspeição ou, ainda, de relações de violência e de agressividade, opondo o trabalhador à sua hierarquia. Existe também um medo específico relativo à desorganização do funcionamento mental, devido à auto-repressão exercida sobre o aparelho psíquico e pelo esforço empregado para se manterem comportamentos condicionados;

- b) o medo referente à degradação do organismo, vinculado diretamente às más condições de trabalho.

Sem negar a importância dos cerceamentos psíquicos ligados ao trabalho na geração do sofrimento, Dejours (1993, p. 64) chama atenção para o fato de que é principalmente a falta de possibilidades para se mudarem, ou mesmo aliviarem, esses cerceamentos a origem dos problemas de saúde.

A partir de 1910, a organização científica do trabalho expandiu-se, e a ampliação, a difusão e a consolidação do taylorismo deram-se pela sua associação com os métodos utilizados pelo também norte-americano Henry Ford. Se, com Taylor, já havia um controle dos tempos de trabalho de cada operário, a conexão entre as diferentes tarefas ainda não tinha sido efetivada. Ford criou, então, a esteira rolante que desfilava entre os operários, colocados lado a lado na linha de montagem, unindo tarefas individuais sucessivas, fixando uma cadência regular de trabalho e reduzindo o transporte entre as operações.

Com o fordismo, a parcelização das tarefas e a divisão do trabalho foram ainda

mais intensificadas. A busca da diminuição dos tempos ociosos estendeu-se à integração entre os postos de trabalho, na medida em que o tempo de transferência das peças passou a ser dado não mais pelas ordens hierárquicas, mas por meio de dispositivos mecânicos, encadeando as tarefas sucessivamente. É como se as ordens das chefias e o controle direto, aperfeiçoados por Taylor com a imposição de tempos e movimentos de execução, fossem incorporados às instalações. O operário ficou ainda mais submetido ao ritmo automático, à cadência das máquinas, à rotina, executando, várias vezes, um mesmo movimento em uma linha de montagem.

Com a fragmentação das operações distribuídas por diversos postos de trabalho, com a linha de montagem acoplada à esteira rolante, o que evitava o deslocamento dos trabalhadores e garantia um fluxo contínuo das peças e de partes dessas, em 1914, nas usinas Ford, de Detroit, houve uma enorme diminuição no tempo de produção, aumento da quantidade produzida e redução no preço do famoso Modelo Ford T. Isso representou muito mais do que meras inovações restritas ao universo fabril.

O fordismo consolidou um novo modelo de industrialização, caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa, o que colocava as necessidades de ampliar mercados e de um novo padrão de rendimentos para os trabalhadores. Como forma de estimular a produção, Ford propôs a jornada de oito horas a US\$ 5, o dobro do salário médio de então. O que perdia em custos de produção com o aumento salarial, ganhava nas vendas em massa.

Segundo Harvey (1992, p. 121), no entanto, especial e inovador em Ford foi:

[...] seu reconhecimento explícito de que a produção de massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista.

Gramsci (1978) sustenta que novos métodos de trabalho são inseparáveis de um novo modo de viver, pensar e sentir a vida. Assim, questões relacionadas à sexualidade, à moralidade e ao consumismo estavam vinculadas ao surgimento de um novo tipo de trabalhador e de um novo processo produtivo. O fordismo manteve-se devido à busca de um controle sobre o operariado fora e dentro da fábrica. Esse autor salienta, por exemplo, que aquele que passava as noites na farrá não era visto, por Ford, como um bom trabalhador, da mesma forma que a exaltação passional, na visão fordista, não estaria de acordo com os movimentos cronometrados do mais perfeito automatismo.

Idéias e comportamentos sobre o que é normal, moral e desejável coíbem ou estimulam maneiras de viver e reforçam um determinado modelo de desenvolvimento (LIPIETZ, 1991). No caso do fordismo, um modelo de produção e consumo de massa em que:

a coerção deve, por isso, ser sabiamente combinada com a persuasão e com o consenso, e isso pode obter-se, nas formas próprias da sociedade dada, através de uma maior retribuição, que permita um determinado teor de vida, capaz de manter e reintegrar as forças consumidas pelo novo tipo de fadiga. (GRAMSCI, 1978, p. 333).

A produção em série atingia seu ápice ligada, inevitavelmente, ao triunfo da sociedade de consumo e à melhoria do nível de vida norte-americano de 1920 a 1929. O modelo fordista foi recebido no mundo inteiro como o *american way of life*, no final da Segunda Guerra Mundial, fundado no hedonismo, ou seja, na busca da felicidade através do aumento do consumo, como uma meta a ser perseguida.

O que se chama de modelo fordista está estreitamente associado tanto ao modo norte-americano de trabalhar e viver – consolidado pelo padrão de acumulação taylorista/fordista, pelo aumento salarial para estimular o consumo e, de certa forma, convencer o trabalhador a submeter-se ao ritmo acelerado de trabalho, deixando o prazer para a vida e o consumo no pós-trabalho –, quanto a um novo tipo de Estado. Após a crise de 1929, consolidou-se o intervencionismo estatal, apoiado nas políticas keynesianas.

O Estado de Bem-Estar Social – fruto da relação de forças entre os sindicatos de trabalhadores e de empregadores – assumiu, então, uma série de atribuições. A produção em massa necessitava, para ser lucrativa, de uma demanda estável, com políticas dirigidas a investimentos públicos vitais para o crescimento da produção e do consumo e para garantir o pleno emprego. Além disso, buscava-se fornecer um forte complemento ao salário do trabalhador/consumidor, com um largo programa de seguridade social, assistência médica, seguro-desemprego, educação, habitação, etc. Afinal, o sistema de previdência social permitia aos assalariados continuarem como consumidores mesmo quando doentes, aposentados ou desempregados.

Evidentemente, as políticas de pleno emprego e de proteção social do *Welfare State*

serviam, em muito, para acalmar o movimento dos trabalhadores, intensificado, por um lado, pela quebra de autonomia e iniciativa, próprias do modelo taylorista/fordista e, por outro, desde a Revolução Russa, fortemente influenciado pelas idéias socialistas.

Quanto à difusão do fordismo e de seu compromisso social, as diferenças sociais, as relações de forças políticas e o nível de desenvolvimento econômico contribuíram para sua propagação diversificada pela Europa ocidental e para os países semi-industrializados, como é o caso do Brasil.

No entanto, com o Plano Marshall pela recuperação da Europa ocidental, com aporte do capital norte-americano no pós-Segunda Guerra Mundial, o fordismo tornou-se referência da indústria, principalmente do setor automobilístico. Quanto aos concorrentes nesse setor da economia, ou se adaptavam, ou desapareciam, e o modelo estendeu-se a ponto de restarem apenas as empresas que o adotaram. Salienta-se, contudo, que, quando sua aplicação se generalizou, a competição se acirrou e os recursos destinados a certas melhorias nas condições de trabalho passaram a ser reduzidos. A busca por diminuição nos custos de produção levou a Europa ocidental dos anos 60, por exemplo, a introduzir trabalhadores imigrantes para pressionar os salários, deteriorando as condições de trabalho (GOUNET, 1999).

O modelo taylorista/fordista prevaleceu como modo de organizar o trabalho e a produção nos países centrais do capitalismo, apesar de suas especificidades, até meados dos anos 70. Nessa época, a “era de ouro” do capitalismo, com crescimento econômico e redistribuição de renda, estava chegando ao

fim. O sistema de produção em massa exigia crescimento estável em mercados de consumo invariáveis. A inflação ascendente e a capacidade excedente das economias ocidentais somaram-se ao choque do petróleo de 1973. Acirraram-se as resistências dos trabalhadores diante do trabalho repetitivo e monótono e do autoritarismo das chefias. As finanças do Estado estavam muito além dos recursos, o que engendrou uma profunda crise fiscal e de legitimação (HARVEY, 1992). Desfez-se, assim, o compromisso fordista.

A Terceira Revolução Industrial, iniciada nos anos 70 do século passado e ainda em curso, tem como modelo de organização do trabalho e da produção a experiência japonesa conhecida por *toyotismo*. Foi agilizada pelos avanços da microeletrônica e vem apresentando formas de organização do trabalho e qualificação profissional distintas do modelo anterior, fundadas na diversificação de tarefas e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa.

Essa nova fase do capitalismo foi marcada pela crise econômica e por mudanças profundas. Difundiu-se uma nova base técnica, a microeletrônica – desenvolvendo a informática, a automação, a robótica e a telemática –; os mercados e a produção internacionalizaram-se, comprometendo a regulação fordista.

Para fazer frente à crise, reformularam-se as estratégias empresariais. As empresas passaram a buscar a superação da rigidez do modelo fordista, a procurar novas linhas de produtos e nichos de mercado, a dispersar geograficamente a produção para zonas onde o controle do trabalho fosse mais fácil, a recorrer às fusões e a medidas para acelerar o tempo de giro do capital.

Passaram, assim, a ser adotadas novas formas de organização do trabalho e da produção, inspiradas no sucesso da indústria japonesa. Os diferenciais trazidos pelos métodos japoneses devem-se, em boa parte, às adaptações à produção fordista no pós-Segunda Guerra Mundial. Na época, no Japão, a demanda mostrava-se bem mais reduzida, diversificada e dirigida (no caso dos automóveis) a veículos menores, quando comparados aos norte-americanos. Assim, foi preciso adequar a produção em série ao padrão de consumo do país. O crescimento da indústria automobilística do Japão foi também bastante impulsionado pelo governo, na medida em que foram erguidas barreiras alfandegárias, concedidos empréstimos subsidiados, encorajada a concentração das empresas, racionalizado o ramo de autopeças e desenvolvida a malha rodoviária. Nasceu, desse modo, o modelo japonês de gestão conhecido como *toyotismo*, já que a Toyota foi a primeira empresa a implementá-lo.

O *toyotismo* envolve técnicas como o *Just-in-Time* (no tempo certo) e o *Kanban* (cartão, placa); aquele é uma forma de administração da produção e de seus materiais com supressão de estoques intermediários excedentes, e este um instrumento de gestão de estoques para organizar a produção a partir de informações visuais. Tendo como objetivos diminuir os defeitos das peças e promover um controle preciso da qualidade, o *toyotismo* apresentou ao Ocidente técnicas, métodos e princípios de relações humanas e de participação no interior da empresa diferentes dos utilizados até então. Vale citar os sistemas de sugestões, os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) e os programas de Total Quality Control (TQC), estes

envolvendo fornecedores e subcontratados na “luta” pela qualidade.

Dessa forma, a partir dos anos 70, o toyotismo começou a difundir-se pelos diferentes países, e seus conceitos, integrados ou isoladamente, passaram a ser aplicados, significando uma alternativa para solucionar os problemas enfrentados pelo capitalismo ocidental. Pautado na utilização de métodos capazes de manter sua eficiência sob condições de demanda restrita e com oscilações constantes, no chamado modelo japonês de gestão a concorrência não pôde mais se dar pela simples diminuição de custos e preços, mas, sim, com a criação de novas necessidades, com o aprimoramento da qualidade, com a diversificação e a personalização da oferta.

Mas o que causou mais discussões nesse novo modelo e seus diferentes matizes¹ foi sobre o novo tipo de trabalhador que passou a ser demandado, um trabalhador aparentemente mais engajado ao seu trabalho, apto a realizar diversas tarefas e mais escolarizado. Será que, enfim, o autômato taylorista seria substituído por um trabalhador participativo e envolvido com seu trabalho? Será que essa nova maneira de encarar e de preocupar-se com os recursos humanos significa repudiar o esgotamento físico e psicológico do trabalhador que tem seus movimentos controlados pelo cronômetro e suas tarefas segmentadas?

Segundo Malaguti (1996), esse novo trabalhador e as “virtuosas” relações de trabalho japonesas não servem de contraponto ao modelo

taylorista. Basear a crítica a esse modelo nesse pretensão virtuosismo é uma grande ilusão, pois o que realmente muda é que, agora, cada trabalhador deve concentrar-se não mais em uma única tarefa, mas num conjunto de tarefas diferentes e encadeadas não-linearmente:

[...] os movimentos e os gêneros de raciocínio próprios a todas, e a cada uma delas, devem estar sempre presentes nas memórias corporal e intelectual do trabalhador. Ao mesmo tempo, é aumentado o número, e diminuída a extensão temporal dos intervalos de adaptação intertarefas, provocando uma mais numerosa sucessão de esforços antiinerciais. Em outras palavras, durante toda a jornada de trabalho, o trabalhador vê aumentada sua tensão nervosa, muscular e intelectual. Em resumo, o método kanban elevou a intensidade do trabalho a níveis somente observados na época áurea do taylorismo [...]. (MALAGUTI, 1996, p. 59)

Nos grupos de trabalho, característicos do toyotismo, a polivalência e a rotação de tarefas são formas de garantir a continuidade produtiva e o ritmo de produção face às ausências, às pausas e às dificuldades, uma certa complementaridade do trabalho em que tarefas de manutenção e de qualidade passam a ser incorporadas ao dia-a-dia. As formas de controle autoritárias, típicas do modelo taylorista/fordista, aparecem transformadas em lideranças motivadoras, num ambiente em que o próprio grupo exerce pressão sobre os indivíduos.

¹ Embora seja possível falar em algumas tendências, seria um equívoco afirmar-se que o fordismo desapareceu. Existem, sim, muitas variações e caminhos diferentes para as empresas, dependendo das características dos países, das regiões e dos setores produtivos. Lipietz (1984) argumenta a respeito da existência de um fordismo periférico, em que tarefas de execução e de montagem são deslocadas para regiões onde os salários são mais baixos e a classe operária menos organizada, quando comparadas aos países do centro. Sendo assim, os ramos produtivos e as atividades consideradas mais qualificadas permanecem em países do centro, e os produtos da periferia fordista – onde o acesso ao consumo é amplo apenas para segmentos da classe média local mais favorecidos financeiramente e parcial para os operários – são exportados a baixos preços para aqueles países.

[...] *Parte da disciplina externa na forma de despotismo direto é substituída por uma disciplina que emana do despotismo coletivo. Ou seja, quanto mais fortes são as formas indiretas de controle sobre a força de trabalho, menores tendem a ser as formas diretas de controle.*" (CIPOLLA, p. 88-89, 2003).

Malaguti (1996) salienta que o exercício direto do controle tende, assim, a se atenuar, pois os grupos de trabalho criam reações psíquicas de autocontrole nos seus integrantes, tais como: a introjeção dos valores da empresa, o estímulo ao orgulho profissional, o controle "corpo a corpo" e a emulação psicológica, a qual visa, antes de tudo, esconder a oposição de interesses entre trabalhadores e gerência, num clima de pseudoliberalidade de expressão.

Ao mesmo tempo em que se flexibilizam os processos e o mercado de trabalho, os produtos e os padrões de consumo, cresce o desemprego – advindo, em boa parte, da introdução de inovações tecnológicas altamente poupadoras de mão-de-obra – e disseminam-se formas precárias de relações de trabalho, como os contratos por tempo determinado, os contratos temporários e a subcontratação. Soma-se a isso a ascensão do neoliberalismo político num contexto em que os valores coletivos presentes nas organizações operárias e nos diversos movimentos sociais que surgiram nos anos 50 e 60 são substituídos pela ode ao individualismo e pela competitividade como valores maiores.

Quem quer se manter empregado acaba – pela necessidade de formação permanente, a qual implica estar constantemente despendendo energias nervosas – tendo a tensão como parte de seu cotidiano. Diante

da ameaça da precariedade e do desemprego, os trabalhadores vivem constantemente com medo, medo esse que reforça, muitas vezes, condutas de obediência, de submissão e quebra a reciprocidade e a solidariedade entre os colegas de trabalho, na medida em que o temor pessoal separa, individualiza o sofrimento daqueles que estão na mesma condição (DEJOURS, 2001).

Para esse mesmo autor, existe, em primeiro lugar, o sofrimento dos que trabalham em atividades que não foram atingidas pela reestruturação produtiva, isto é, taylorizadas, "fordizadas". Mas há também o sofrimento daqueles que têm medo de não serem capazes de manter uma performance adequada no trabalho e de não estarem à altura das exigências das novas organizações do trabalho: exigências de tempo, de cadência, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de conhecimento e diploma, de experiência, de rapidez de aquisição intelectual e prática, de adaptação à "cultura" ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes, etc. (DEJOURS, 2001). Assim, às demandas anteriores, típicas do modelo taylorista/fordista, juntam-se agora novas exigências, oriundas da reestruturação promovida pelas empresas para se manterem competitivas.

No entanto, é importante lembrar que a realidade da maior parte das condições e das organizações do trabalho existentes – e, aqui, referindo-se especificamente à realidade brasileira –, é de uma expressiva taylorização/fordização no interior de ambientes de trabalho insalubres, perigosos, sem nenhum respeito pela legislação de saúde e segurança, e onde o trabalhador não tem as mínimas possibilidades de se opor a elas. Encontra-se,

muito freqüentemente, o chamado modelo “Frankenstein”, no qual é implementado algum programa de qualidade total lado a lado com processos de trabalho taylorizados tradicionais (MERLO, 2000).

Acredita-se também que a considerável progressão, no Brasil, das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ocorre em direta associação com as transformações na organização do trabalho e com a introdução de novas tecnologias que possibilitam e exigem cadências mais rápidas (MERLO, 1997, 1998).

O emprego de novas tecnologias – salvo exceções – não tem sido utilizado no sentido de aliviar a carga de trabalho ou de permitir uma maior autonomia dos trabalhadores na realização do mesmo, mas, sim, no sentido de impor uma maior exigência de ritmos e cadências, o que está estritamente relacionado com a expansão das LER.

Pelas novas tendências de organização do trabalho difundidas nas empresas, quem não quer ver seu nome na lista de demissões deve estar sempre pronto a colaborar. A falência ou os avanços da concorrência são referências obrigatórias nas reuniões de equipe, como maneira de conquistar um esforço extra tanto individual quanto coletivo, um sacrifício maior dos trabalhadores, intensificando o trabalho para melhorar o desempenho e a qualidade.

Nesse contexto de tendência à precariedade nas relações de trabalho e de risco constante de ingressar nas estatísticas alarmantes do desemprego, aumentam a angústia e a ansiedade no trabalho, a tal ponto que o desgaste físico e psicológico passa, muitas vezes, a ser banalizado e encarado como se fosse parte da forma normal de trabalhar e viver.

REFERÊNCIAS

- CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: _____. **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- CIPOLLA, Francisco. A economia política do Taylorismo, Fordismo e Teamwork. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 23, n. 3, jul./set. 2003.
- DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, out./dez. 1989.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. **A banalização da injustiça social**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 158 p.
- FERREIRA, José M. C. Trabalho e sindicalismo no contexto da globalização. In: PICCININI, Walmíria (Org.). **Caderno de debates**. [2002]. Projeto CAPES/ICCTI nº 093/02. Transformações do trabalho e do emprego no contexto da reestruturação econômica.
- FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Traité de sociologie du travail**. Paris: Armand Colin, 1962.
- GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999. 117 p.
- GRAMSCI, Antonio. Americanismo e fordismo. In: _____. **Obras escolhidas**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultura**. São Paulo: Loyola, 1992.
- HELOANI, Roberto. **Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Cortez, 2002.
- LIPIETZ, Alain. As transformações na divisão internacional do trabalho: considerações metodológicas e esboço de terceirização. **Espaço de Debates**, São Paulo, v. 4, n. 12, maio/ago. 1984.

_____. **Audácia:** uma alternativa para o século 21. São Paulo: Nobel, 1991. 238 p.

MALAGUTI, Manoel Luiz. A ideologia do modelo japonês de gestão. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, 1996.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v. I.

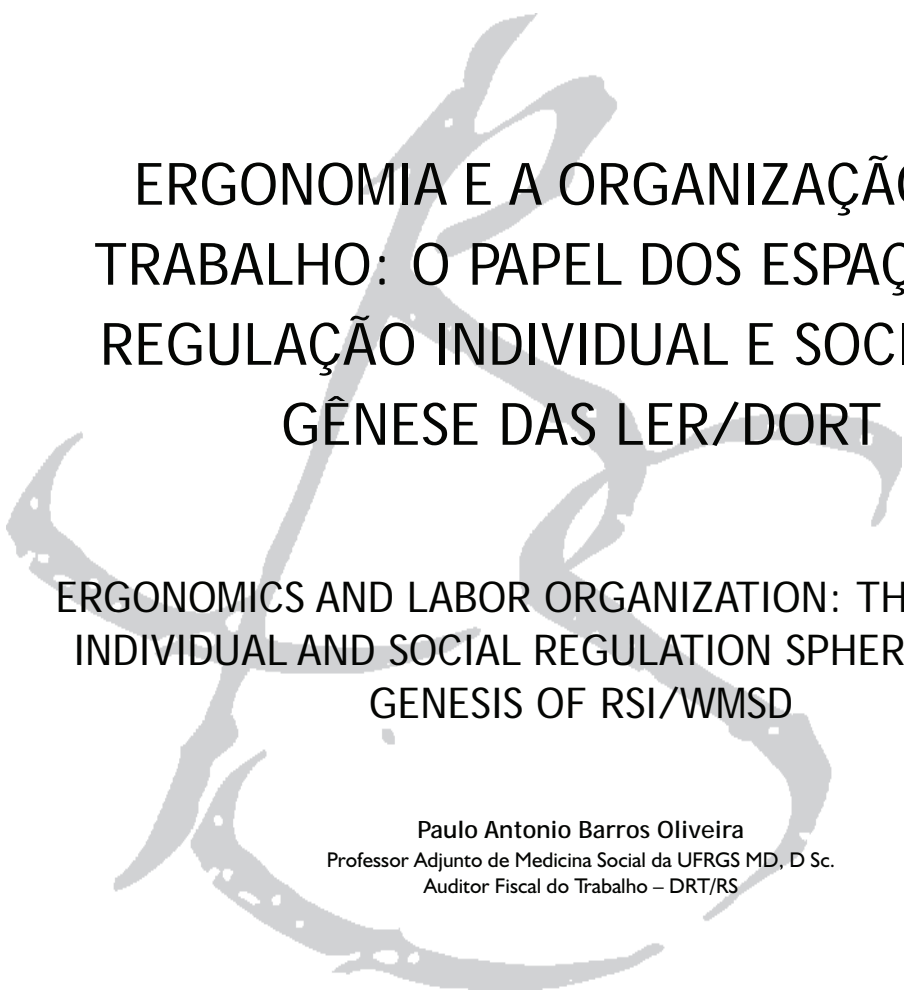
MERLO, A. R. C. Tecnologia da informação e doenças do trabalho: um estudo sobre o processamento de massa de dados no Brasil. **Saúde Revista do Nipesc**, v. 2, p. 41-52, 1997.

_____. Discursos e sintomas sociais: uma reflexão sobre as relações trabalho e saúde. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 5, n. 5, p. 84-91, jul. 1998.

_____. Transformações no mundo do trabalho e a saúde. In: ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (Org.). **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre, 2000. p. 271-278.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1995. 109 p.

TEIGER, C. Les empreintes du travail. In: SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE. **Equilibre et fatigue par le travail**. Paris: Enterprise Moderne d'Édition, 1980. p. 25-44.



ERGONOMIA E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: O PAPEL DOS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO INDIVIDUAL E SOCIAL NA GÊNESE DAS LER/DORT

ERGONOMICS AND LABOR ORGANIZATION: THE ROLE OF INDIVIDUAL AND SOCIAL REGULATION SPHERES IN THE GENESIS OF RSI/WMSD

Paulo Antonio Barros Oliveira
Professor Adjunto de Medicina Social da UFRGS MD, D Sc.
Auditor Fiscal do Trabalho – DRT/RS

RESUMO

Este artigo aborda a Ergonomia, ciência interdisciplinar que se dedica ao estudo da adaptação do trabalho ao homem. No trabalho, há uma parte que chamamos de tarefa e outra que chamamos de atividade. Desta forma, este estudo mostra de que maneira tarefa e atividade atuam, como se dão as regulações que os indivíduos executam e de que modo o trabalhador pode atingir uma situação de trabalho equilibrada.

PALAVRAS-CHAVE

Ergonomia, LER/DORT, saúde ocupacional, trabalho, condições de trabalho.

ABSTRACT

This article deals with Ergonomics, the interdisciplinary science dedicated to man's adaptation to work. At work, there is an element we call task and another one we call activity. Hence, this study shows how task and activity operate, how adjustments executed by individuals work, and how workers can achieve a balanced working situation.

KEY WORDS

Ergonomics, RSI/WMSD, occupational health, labor, working conditions.

Como é do conhecimento geral, a Ergonomia é uma ciência ou disciplina que se dedica ao estudo da adaptação do trabalho ao homem, e do desempenho do homem em atividade de trabalho. Resumindo: ela procura conhecer, compreender o trabalho, mas, além de seu caráter de disciplina, há uma característica imprescindível da Ergonomia, o fim, o objetivo para transformar o trabalho, adaptando-o ao homem que o executa (GUERIN et al., 2001). Entretanto, mais do que isso, a Ergonomia reveste-se de um caráter eminentemente interdisciplinar. Sua prática constitui-se por parte da arte do engenheiro, na medida em que seu resultado traduz-se em dispositivos técnicos (concepção de ferramentas, máquinas, espaços e dispositivos), que possam ser utilizados com o máximo conforto, segurança e eficácia. Além disso, ela se baseia, essencialmente, em conhecimentos científicos relativos ao campo das ciências do homem (Antropometria, Fisiologia, Psicologia, Medicina, Sociologia), sendo avaliada, principalmente, por critérios pertencentes às ciências biológicas e sociais (Saúde, Sociologia, Economia, entre outras) (LAVILLE, 1976; MONTMOLLIN, 1990, 1995; WISNER, 1987).

Outro aspecto a ser explicitado é a necessidade de, em Ergonomia, trabalhar-se a partir de um paradigma antropotecnológico, no qual a noção de contingência e de mediações cultural e histórica permita compreender comportamentos e sentidos a partir de uma perspectiva de processo de produção, como inserção de processos de trabalho em um quadro ampliado de referências histórica, social, cultural, econômica, geográfica, entre outras (VIDAL, 1996).

No trabalho, há uma parte que compõe a prescrição, o comando, os objetivos, as metas, e o que a organização oferece para a execução do mesmo, a qual chamamos **tarefa**, e outra parte, que é a maneira de o trabalhador executar essa tarefa a ele determinada, a qual chamamos de **atividade**.

A **tarefa** é o tipo, a quantidade e a qualidade da produção por unidade de tempo, e os necessários meios para realizá-la, determinada a um posto de trabalho, a um trabalhador ou a um grupo de trabalhadores. Ela é, assim, constituída pela organização (as condutas, os métodos de trabalho, as instruções), tudo o que o trabalhador tem que fazer e como ele deve fazê-lo, bem como o conjunto de objetivos a serem atingidos, as especificações do resultado a obter (normas de qualidade, quantidade e manutenção, etc.), os meios fornecidos para a execução da tarefa (condições da matéria-prima, máquinas e equipamentos, formação e experiência exigidas do trabalhador, composição da equipe de trabalho, etc.) e as condições necessárias para a execução do trabalho (ambientes físico e humano, tempo, ritmo e cadência da produção, etc.).

Resumindo, os meios e condições de execução do trabalho, que compõem a tarefa, são:

- espaço de trabalho;
- meios materiais: dimensões, manuseio, apresentação das informações;
- objeto de trabalho: peças e materiais a transformar, documentos e informações a tratar, serviço a prestar;
- ambiente físico: luz, ruído, vibrações, calor, radiações;

- tempo: horários, duração do trabalho, rendimento, cadência;
- organização do trabalho: divisão do trabalho, seqüências operatórias, relação com colegas, hierarquia;
- requisitos: éticos, de segurança, de qualidade e de quantidade de produção.

Didaticamente, podemos dizer que, para o trabalhador, a tarefa é aquela que ele diz o **que tenho que fazer**, com os **meios que me são oferecidos**.

Já a **atividade** é a ação como essa tarefa é executada, fruto da integração da tarefa com o homem que a executa. É mais do que a tarefa realmente executada. É como o trabalho real acontece, como se dá a realização do objetivo proposto, com os meios disponíveis e nas condições dadas, de parte do trabalhador ou grupo de trabalhadores. A atividade é o fruto da execução de uma tarefa, é o que o trabalhador faz para atingir os objetivos da tarefa, é o resultado de uma síntese entre a tarefa (objetivos, resultados esperados, meios oferecidos, exigências requeridas) e o homem que a executa (sua história, sua experiência, formação, cultura, estado interno de saúde física e mental). É fruto da capacidade social, histórica e econômica (entre outras) que tem aquele trabalhador de, em determinada situação, na presença de diferentes e variáveis determinantes e condicionantes, decidir quais fins e critérios são mais ou menos valorizados nas escolhas que têm que fazer, diuturnamente, na execução de determinada tarefa; como ele se relaciona com o ambiente e por quais razões

desenvolve esta ou aquela estratégia; como estrutura temporalmente seu trabalho.

Assim, podemos dizer que a atividade é o modo como o homem (cada um dos indivíduos), em uma situação de trabalho real, relaciona-se com os objetivos propostos, a organização do trabalho, os outros trabalhadores e os meios fornecidos para realizá-los. É trabalho efetivamente realizado, tanto em suas dimensões físicas como mentais, pessoais. Podemos referir, também, que a atividade é o resultado de **um compromisso Trabalhador/ Empresa/ Condições de Saúde/ Produção**.

Interferem na construção da atividade não só as relações do operador com os elementos materiais da tarefa, mas também os sinais e respostas do sistema. Igualmente, compõem a atividade os processos mentais, a detecção (recepção da informação), a identificação (o que é o sinal?), a interpretação (o que significa este sinal em um certo momento e contexto?), e a decisão (o que fazer?), a cada instante de execução da tarefa. Parte da atividade se dá como um processo do subconsciente (ou inconsciente?), com freqüentes questionamentos sobre como entender o trabalho que está sendo executado (qual sua natureza?) e como aprendê-lo (e transformá-lo?). A atividade é, portanto, o resultado de um trabalho de re-laboração e reorganização da tarefa por parte do(s) trabalhador(es).

A análise ergonômica do trabalho, entre outras coisas, é centrada no estudo da atividade executada pelo trabalhador e nas dificuldades que ele encontra para não se afastar do prescrito.

Nesses termos, objetiva-se com os estudos ergonômicos a análise da atividade dos tra-

balhadores para o conhecimento das funções utilizadas pelos mesmos, e a compreensão das modalidades dessa utilização (LAVILLE, 1976), ao mesmo tempo em que, através da análise da atividade de trabalho, procura-se conhecer o processo de funcionamento de toda a empresa. Portanto, é importante entender que não devemos nos ater apenas ao conhecimento das regras escritas e as advindas da direção da organização. Podem ocorrer **regras não escritas**, criadas pelo **COLETIVO** dos operadores, para atingir algumas metas, condutas, mesmo que essas transgridam outras normas e condutas.

Uma das principais características da atividade humana, como nos refere Vidal (2001), é que ela é complexa, e como tal, obedece a alguns princípios, entre os quais, destacamos:

- ela é dialética, pois envolve interação entre idéias antagônicas, complementares e concorrentes;
- é também recursiva: todo o construtor é também, ao mesmo tempo, construído; todo o produtor é, ao mesmo tempo, produzido;
- é holográfica: as partes estão no todo, assim como o todo está, de alguma forma, nas partes;
- e a sua ética é construída por nós e para nós mesmos.

Isso exige uma reflexão constante do observador/pesquisador; exige o reaprender do aprender. Ao mesmo tempo em que o homem é construtor do conhecimento, esse conhecimento não se constrói sozinho e, na questão totalidade/parte, não se deve privilegiar nem um, nem outro, mas ambos.

Como cada sujeito tem sua visão da realidade, surge a importância da atividade de integração dessas diferentes visões e diferentes interesses (do proprietário da empresa, dos dirigentes, dos gerentes, dos encarregados, dos operadores, dos auxiliares, dos consumidores, entre outros) que cabem ao Ergonomista realizar.

REGULAÇÃO

O processo de regulação que os indivíduos executam, permanentemente, durante a execução de suas atividades, é um processo interno de reorientação da ação pelo **estabelecimento de compromisso** entre os **objetivos** traçados pela empresa, pela organização (os **meios** oferecidos para a concretização desses objetivos), pelos **resultados** alcançados (ou não) e pelo próprio **estado interno** (biofísico e mental) do trabalhador (Figura 1).

Para atender os objetivos e metas traçados, com a cadência imposta pela produção e com os meios disponibilizados, incluindo todos aqueles referidos quando falamos da tarefa, o trabalhador usa de seus conhecimentos, condições físicas e mentais para atingir aqueles objetivos, para alcançar os resultados esperados. Como deve ser claro entender-se, o fato de atingir ou não os resultados também influi nas condições de trabalho dos operadores. Também o estado de saúde, o estado emocional, as condições físicas e mentais do trabalhador vão influenciar nas condições de trabalho.

Ora, a regulação permanente dos diferentes determinantes e condicionantes presentes neste processo é feita pelo próprio trabalhador, e o resultado dessa regulação se expressa

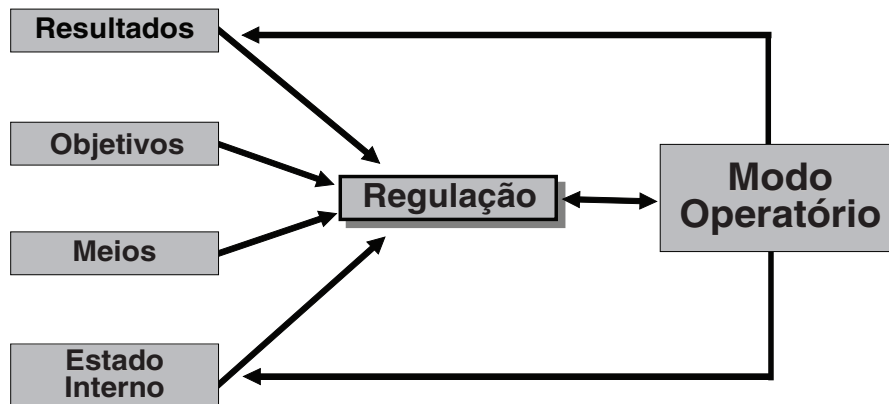


Figura 1 – Análise da Atividade – o modo operatório segundo a teoria da regulação (traduzido de GUERIN et al., 2001).

pela construção de **MODOS OPERATÓRIOS**. Os modos operatórios são a combinação de diferentes níveis de organização de atividades, tais como:

- esquemas elementares de um operador (Ex.: sobre o funcionamento normal);
- esquemas específicos adquiridos pela experiência (Ex.: conhecimento dos pontos mais críticos, nos quais os incidentes mais freqüentes guiam seus deslocamentos e sua exploração visual);
- planificação consciente da vigilância (Ex.: troca e desgaste de ferramenta);
- planificação mais ampla (Ex.: tipos e peças por dia, semana);
- projetos de longo tempo (Ex.: expectativa de progressão funcional).

Em uma situação na qual as condições de trabalho exijam que, para a produção de de-

terminado produto ou serviço, o operador seja levado a desgastar-se, ou a trabalhar à custa de sofrimento, ou quando o resultado do trabalho não está satisfazendo, cabe a alteração daquelas condições que estão provocando o fenômeno. Identificada a origem (ou porque os objetivos e metas são inalcançáveis, ou porque os meios oferecidos não são os corretos ou suficientes), deve-se modificar essas condições adversas para que o trabalho possa ser executado de forma saudável, com boas qualidade e quantidade para os trabalhadores. Acontece que essa capacidade de construção do trabalho coletivo não é fruto do acaso; é social e culturalmente construído.

Dos fatores que determinam o processo de regulação que leva à construção do modo operatório dos trabalhadores, quando não lhes é permitido interferir sobre os objetivos traçados, os resultados esperados e os meios oferecidos pela organização, apenas lhes resta o próprio corpo e mente. Daí que, para fazer frente a esses contrastes tão rígidos, como espaço de manobra para regular os diferentes interesses, conflitos e constrangimentos, resta

apenas o próprio corpo (físico e mental), que é o único componente sobre o qual o trabalhador tem o controle, e é por ele usado para o vencimento das dificuldades impostas pelos problemas da organização do trabalho e do processo produtivo.

Em uma situação de trabalho bem equilibrada (Figura 2), o processo de regulação utilizado na construção dos modos operatórios permite modificar os objetivos propostos e/ou os meios oferecidos. Nestas situações, a construção do modo operatório dá-se em condições ideais, e as chances de acontecer o adoecimento e o acidente do trabalhador durante o processo produtivo são menores. O inverso é verdadeiro: a impossibilidade de modificações dos objetivos e dos meios oferecidos para o cumprimento da tarefa, aliada ao não atendimento das informações provenientes do estado interno, tendem a provocar uma

situação na qual a produção de bens e serviços acaba acontecendo às custas do estado interno, às custas do adoecimento do trabalhador.

Nas condições reais de trabalho, nas quais pouca ou nenhuma cidadania existe e a capacidade de interferência e de autonomia dos trabalhadores não é reconhecida, resta pouca margem de manobra para o trabalhador executar a tarefa quando surge qualquer variabilidade no processo. Para regular seu modo operatório, não lhe sendo permitida a interferência nos objetivos e metas já traçadas pela gerência superior, não sendo possível interferir nos meios de trabalho e equipamentos que lhe são oferecidos, resta ao trabalhador utilizar-se daquela fração sobre a qual ainda lhe sobra domínio: o seu próprio corpo. É com a alteração de suas posturas, com as torções de seus braços, ombros e cintura, e com a sua mente, que o trabalhador consegue vencer os

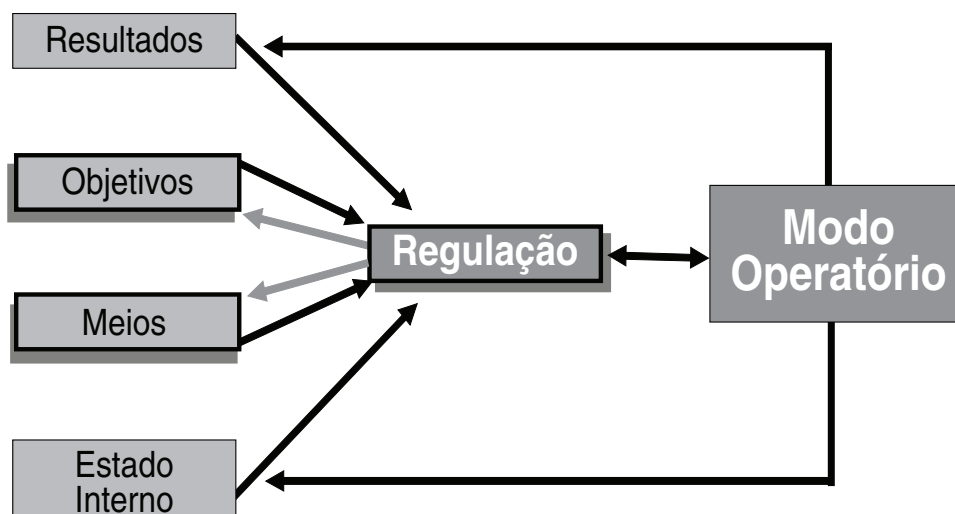


Figura 2 – Análise da atividade – o modo operatório segundo a teoria da regulação – a situação ideal (traduzido de GUERIN et al., 2001).

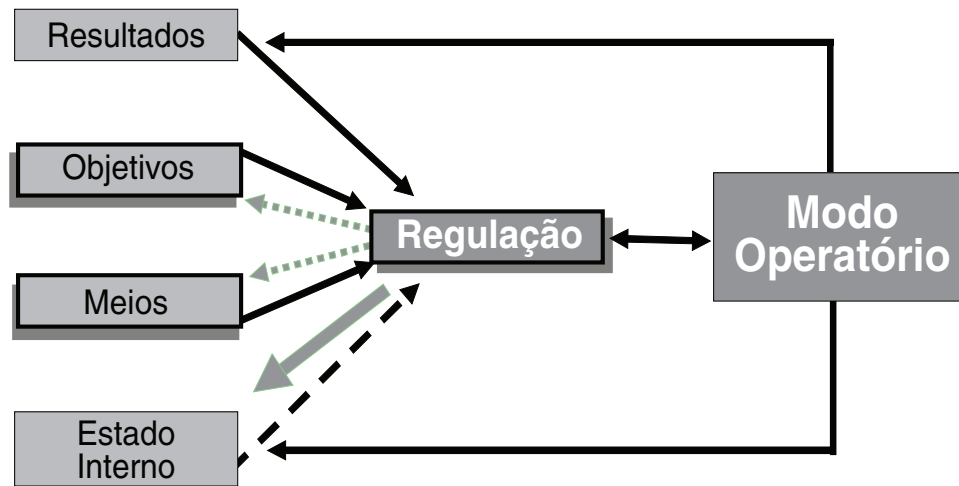


Figura 3 – O modo operatório nas condições em que as possibilidades de interferência na tarefa são mínimas, restando ao trabalhador o uso do próprio corpo como auxílio à regulação (traduzido de GUÉRIN et al., 2001, alterado por OLIVEIRA, P. A., 2004).

constrangimentos que lhe são impostos por esses postos de trabalho inadequadamente projetados, ou por essas organizações que não lhes reconhecem capacidades humana ou de cidadania.

As regulações acontecem tanto individualmente, com a alocação de movimentos e posturas pelos operadores, em nível do posto de trabalho, como em nível de regulações do próprio processo produtivo, com o papel regulador dos supervisores de produção e de qualidade. Outros exemplos de regulação coletiva que acontecem no trabalho são as ações dos Sindicatos dos Trabalhadores, da Inspeção do Trabalho, do Ministério Público e, hoje em dia, dos consumidores.

REFERÊNCIAS

BENCHEKROUN, T. H. Activité: le point de vue de la complexidade. In: PATESSON, R. (Org.). **Intervenir par l'Ergonomie: regards, diagnostics et actions de**

l'ergonomie contemporaine. Bruxelas: SELF, 1996. p. 330-334.

DANNIELLOU F.; LAVILLE A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, out./dez. 1989.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

FIALHO, F.; SANTOS, N. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

GUÉRIN, F. et al. **Comprender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgar Blücher, 2001.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

LAVILLE, A. **L'Ergonomie**. 5. ed. Paris: Editions La Découverte, 1976. (Collection Que Sais-Je?, 1626).

LEPLAT, J. Voies de recherche et champs d'intervention dans les nouvelles technologies. **Bulletin de Psychologie**, t. 4, n. 404, 1991.

_____. Collective activity in work: somme ways of reserch. *Le Travail Collectif. Le Travail Humain*, Vendôme, v. 57, n. 3, p. 209-226, 1994.

MENDES, J. M. R.; OLIVEIRA, P. A. B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade da atenção à saúde. In: VIEIRA, S. I. (Org.). **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995. v. 4, p. 33-40.

MONTMOLLIN, M. de. **L'intelligence de la tâche: éléments d'ergonomie cognitive**. Berne: Peter Lang, 1984.

_____. **L'Ergonomie**. 2. ed. Paris: Editions La Découverte, 1990. (Collection Repères, 443).

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros de. **Formação do cirurgião gastroenterologista: estudo ergonômico da cooperação entre ensino e serviço em um hospital universitário**. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Ergonomia. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Análise da atividade e trabalho coletivo. In: GUIMARÃES, L. B. de M. (Org.). **Ergonomia de processo**. 4. ed. Porto Alegre: FEENG/PPGEP/UFRGS, 2004.

PAVARD, B. **Travail et cooperation**. Marselha: Octares, 1995.

PARAGUAY, A. I. B. B. Ergonomia, carga de trabalho e fadiga mental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 59, n. 15, p. 39-43, jul./ set. 1987.

PINSKY, I.; THEUREAU, J. **Activité Cognitive et Action dans le Travail: Collection de Physiologie du Travail, Ergonomie du CNAM, Paris, Tomos I et II, n. 73**, 1982.

VIDAL, M. C. R. **Antropotecnologia**. Rio de Janeiro, 1996. Notas de aula. Universidade Federal do Rio de

Janeiro, Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia, Doutorado do Programa de Engenharia de Produção.

_____. **Ergonomia na empresa: útil, prática e aplicada**. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2001. 282 p.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica**. São Paulo: FTD, 1987. 189 p.

_____. **A inteligência no trabalho**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994. 190 p.



AÇÕES COLETIVAS PARA PREVENÇÃO DE LER/DORT

JOINT ACTIONS FOR RSI/WMSD PREVENTION

Claudio Cezar Peres

Auditor Fiscal do Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho RS
Engenheiro de Segurança do Trabalho

RESUMO

Este artigo aborda algumas ações de auditoria do trabalho com abrangência coletiva que tiveram como objetivo a prevenção de LER/DORT. Descreve ações na atividade de caixa executivo bancário, de caixa de agência lotérica, de caixa de supermercado, de operador de telemarketing; faz referência às notas técnicas propostas pela Comissão Nacional de Ergonomia – CNE – do Ministério do Trabalho e Emprego, e apresenta recomendação para tornar mais efetivas essas ações coletivas.

PALAVRAS-CHAVE

Ergonomia, saúde ocupacional, LER/DORT, medidas preventivas, condições de trabalho.

ABSTRACT

This article discusses some comprehensive labor auditing actions aimed at the prevention of RSI/Workplace-related Osteomuscular Diseases. It describes actions regarding activities of bank tellers, lottery clerks, supermarket cashiers, telemarketing operators; it refers to the technical notes proposed by the Brazilian National Ergonomics Committee – CNE – of the Ministry of Labor and Employment, and presents a recommendation so as to make those collective actions more effective.

KEY WORDS

Ergonomics, occupational health, RSI/WMSD, preventive measures, working conditions.

INTRODUÇÃO

As LER/DORT referem-se a um conjunto de doenças que atingem, principalmente, os membros superiores e o pescoço, e incluem várias doenças, entre as quais, tenossinovite, epicondilite, tendinite, síndrome do túnel do carpo, cistos sinoviais, bursite, dedo em gatilho. Ocorrem, basicamente, em razão da sobrecarga no sistema músculo-esquelético, sendo ocasionadas pelo trabalho contínuo e repetitivo. Várias situações de trabalho favorecem o desencadeamento de LER/DORT, entre elas:

- ritmo intenso de trabalho;
- pressão explícita ou implícita para manter esse ritmo;
- metas estabelecidas sem a participação dos empregados colaboradores;
- patamares de metas de produção crescentes sem adequação das condições para atingi-las;
- incentivo à maior produtividade por meio de diferenciação salarial e prêmios, induzindo as pessoas a ultrapassar seus limites;
- jornadas de trabalho prolongadas;
- falta de possibilidade de realizar pequenas pausas espontâneas, quando necessário;
- manutenção de postura fixa por tempo prolongado;
- execução de elevado número de movimentos repetitivos por um longo período;
- monotonia e fragmentação de tarefas;

- mobiliário ergonomicamente mal projetado;
- ambiente de trabalho desconfortável: muito seco, muito frio, muito quente, pouco iluminado, barulhento, apertado, etc. (BRASIL, 2002).

Digno de nota é citar as lombalgias, tendo em vista a sua incidência. A lombalgia pode manifestar-se como dor na região inferior das costas. A região lombar da coluna é composta por cinco vértebras com discos, raízes nervosas, músculos e ligamentos. As vértebras desta região são maiores e suportam maior peso. Entre as situações que favorecem o desencadeamento de lombalgia no ambiente de trabalho, podemos destacar:

- trabalhos repetitivos;
- levantamento e manuseio de cargas;
- realização de movimentos com manuseio de cargas com o tronco inclinado ou em rotação;
- manutenção de posturas por longo tempo (sentado ou em pé);
- exposição a vibrações (em veículos ou máquinas);
- condições ambientais de trabalho adversas (climáticas, psicológicas, organizacionais, etc) (ESPANHA, 1998).

Os fatores de risco de LER/ DORT são reconhecidos como:

- fatores ligados às condições de trabalho: forças, posturas, ângulos, repetitividade, entre outros;

- fatores organizacionais: organização da empresa, clima social, relações interpessoais, etc.;
- fatores individuais: capacidade funcional, habilidade, enfermidades. (MALCHAIRE et al., 1998).

As ações de auditoria para prevenção de LER/ DORT buscam minimizar a exposição dos trabalhadores a esses fatores de risco. Assim, como rotina metodológica, os auditores do trabalho identificam os fatores de risco pertinentes em cada caso – valendo-se, inclusive, dos relatórios da própria empresa –, reportam os fatores de risco aos prepostos patronais e dos trabalhadores ou ao próprio trabalhador com o fim de conscientizá-los sobre a necessidade da redução dos fatores de risco e, finalmente, notificam o estabelecimento ou realizam acordo tripartite, conforme o caso. Os desdobramentos são acompanhados pela auditoria do trabalho e pelos representantes dos trabalhadores e, em alguns casos, podem demandar meses ou anos para ter sua total implantação, como observado neste artigo. A seguir, são apresentados resumos de algumas ações coletivas que foram objetos de publicação.

ACORDO TRIPARTITE PARA ADEQUAÇÃO ERGONÔMICA DE MOBILIÁRIO DE AGÊNCIAS DE BANCO COMERCIAL, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, E SEUS DESDOBRAMENTOS

Esta ação aborda um acordo tripartite relativo à adequação ergonômica do mobiliário das

agências de um banco comercial no estado do Rio Grande do Sul, lavrado na DRT- Delegacia Regional do Trabalho, em 1999, com prazo de cinco anos para cumprimento de seus termos a todas as agências do banco no estado. As desconformidades com a NR 17 – Ergonomia do MTE, encontradas no posto de caixa executivo, foram:

- plano da mesa planejado para trabalho em pé e sem regulagem, implicando flexão horizontal do ombro direito e atividade estática do membro superior direito;
- cadeira alta sem apoio adequado para os pés, gerando pressão na coxa posterior e resultando em isquemia ou redução do fluxo sanguíneo na artéria femoral por falta de apoio adequado para os pés;
- gavetas sob o plano de trabalho pressionando os membros inferiores;
- cantos vivos nos bordos do mobiliário utilizado;
- iluminação insuficiente;
- ruído acima do nível de conforto;
- pressão da fila de clientes;
- organização rígida;
- monitoramento eletrônico;
- insegurança (assaltos), etc.

O acordo estabeleceu que os funcionários do auto e pré-atendimento alternariam o trabalho em pé a cada hora, ou seja, uma hora em pé e, pelo menos, uma hora em outra atividade na qual pudessem sentar-se. Determinou, ainda,

que o mobiliário existente seria trocado pelo mobiliário protótipo instalado em uma agência apresentada pelo banco, com as seguintes características:

- mobiliário sobre tablado, permitindo melhor comunicação entre o caixa e o cliente;
- mesa com regulagem de altura e bordas arredondadas, incorporando o porta-documentos e dispensando gavetas abaixo do plano de trabalho;
- assento com regulagem de altura, estofado, giratório, com rodízios e com regulagem de altura também do encosto e do semi-apoio de antebraços;
- apoio de pés;
- condições ambientais conforme NR 17.

O acordo tripartite de cinco anos, relativo à modificação ergonômica de mobiliário nas agências do banco signatário e do banco adquirido no prazo previsto pelo acordo, foi cumprido pela empresa. Em que pesem críticas relativas ao longo tempo ajustado para o cumprimento do acordo, considere-se haver ainda outros bancos comerciais inspecionados e autuados em 1999 que permanecem irregulares e sendo autuados. Apesar dos termos do acordo terem sido específicos sobre o mobiliário, o decorrer de reuniões tripartites e de inspeções nas agências, para acompanhamento do cumprimento do acordo, promoveu adequação de outros elementos não previstos nos termos originais (PERES; MARTEL; RIBEIRO, 2004).

ATIVIDADE DE CAIXAS DE LOTERIAS

Atendendo a solicitação de informações relativas às condições de trabalho dos empregados das agências lotéricas, foram inspecionados dois estabelecimentos lotéricos distintos em instalações físicas e condições ambientais, caracterizando a variabilidade das instalações utilizadas. No procedimento, entrevistamos os funcionários, aplicamos questionários e utilizamos o diagrama proposto por Corlett e McAtamney (1992) para registrar dores, além de fotografarmos os locais de trabalho.

A atividade dos caixas de loteria consiste em registrar apostas de loteria diversas e pagamentos de contas bancárias, utilizando terminais *on line*, sendo sua jornada de trabalho de 6 a 8 horas por dia. Para o registro de dados, são utilizadas máquinas monobloco e terminais de computador OMIN. Para fins deste seminário estadual sobre LER/ DORT, será abordada a condição de trabalho na máquina monobloco (ISYS), levando em consideração o grande potencial dos fatores de risco de LER/ DORT relacionados com sua operação.

A máquina monobloco é um equipamento para processamento eletrônico de dados, composto por terminal de vídeo, teclado, leitor ótico de código de barras, central de processamento de dados embutida no conjunto, dispositivo mecânico para movimentação e perfuração de cartões de loteria embutido no conjunto e caneta para leitura de código de barras conectada ao conjunto. O pequeno monitor de vídeo fixo à máquina não tem regulagem de altura e livre movimentação. O teclado fixo ao corpo da máquina não tem regulagem de posicionamento frente

ao operador. Nestas condições, não há como adaptar a máquina ao homem e, por conseguinte, o empregado necessita se contorcer, assumindo posturas prejudiciais a sua saúde para adaptar-se à máquina monobloco imposta aos lotéricos. Portanto, o conjunto composto por todos estes mecanismos componentes da máquina tem dimensões que impedem a adequação da máquina às necessidades antropométricas e fisiológicas do organismo humano, forçando o operador a adaptar-se à máquina. A situação descrita confronta a NR 17- Ergonomia – com redação dada pela Portaria n.º. 3.751, de 23-11-1990, que estabelece, em seu item 17.4.3, que:

Os equipamentos utilizados no processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo devem observar o seguinte:

- a) condições de mobilidade suficientes para permitir o ajuste da tela do equipamento à iluminação do ambiente, protegendo-a contra reflexos, e proporcionar corretos ângulos de visibilidade ao trabalhador;
- b) o teclado deve ser independente e ter mobilidade, permitindo ao trabalhador ajustá-lo de acordo com as tarefas a serem executadas;
- c) a tela, o teclado e o suporte para documentos devem ser colocados de maneira que as distâncias olho-tela, olho-teclado e olho-documento sejam aproximadamente iguais;
- d) serem posicionados em superfícies de trabalho com altura ajustável. (BRASIL, 2002).

O não-atendimento a esses requisitos do item 17.4.3 da NR 17 não tem implicação ape-

nas formal, mas sim implicação sobre a saúde dos seus usuários. Implica posturas forçadas do usuário para adaptar-se às dimensões do equipamento, implica esforços estáticos da musculatura para manter tais posturas, implica movimentos repetitivos em posturas inadequadas. O avanço tecnológico do *hardware* em informática, em nível internacional, foi norteadado exatamente pela separação da CPU dos microcomputadores do teclado e do monitor. Portanto, a automação da atividade dos caixas de loterias que realizam pagamento de contas bancárias não beneficiou os operadores com equipamentos mais ergonômicos, introduzindo importantes fatores de risco de LER/ DORT. Esses achados foram instruídos em ação, cujo desenlace foi notícia no caderno de economia do jornal *Correio do Povo* de 26 de agosto de 2003, sob a manchete: “Lotéricas vão manter os serviços bancários”. Dessa forma, a população de operadores de caixas de loteria permanece exposta aos importantes fatores de risco de LER/ DORT e, para fins deste seminário, recomendamos que a vigilância epidemiológica da rede de saúde pública realize investigação do adoecimento registrado nestes trabalhadores e notifique a DRT para que se instrua novo procedimento, associando-o aos fatores de risco de LER/ DORT, no intuito de subsidiar os procedimentos necessários. Seria também recomendável realizar levantamento epidemiológico com o fim de verificar se há diferença significativa entre o adoecimento de caixas bancários e caixas de loterias (PERES; OLIVEIRA, 2001).

ATIVIDADE DE CAIXAS DE SUPERMERCADOS

Em ações fiscais da DRT/RS, foram encontradas, em supermercados, diversas situações

potencialmente desencadeadoras de LER/DORT e LOMBALGIA, como:

- manutenção de posturas em pé ou sentado;
- mobiliário de *checkout* não adaptado para a automação;
- disposição de equipamento de automação comercial fora da zona de alcance dos membros superiores do operador de caixa;
- ritmo de trabalho sem previsão de pausas adequadas, em certos casos, até para atender necessidades fisiológicas;
- repetitividade.

Devido às situações acima relatadas, desenvolveram-se ações específicas junto a empresas do seguimento, sendo que algumas foram objeto de publicação e resumimo-las a seguir.

Ações de fiscalização preventivas de LER/DORT na área do comércio

Em ação fiscal em Porto Alegre, encontramos uma situação em que foi implantado um sistema de automação comercial, aproveitando o mobiliário planejado para a máquina registradora tradicional, com grande prejuízo para a saúde dos empregados, pois a leitora ótica foi implantada no *checkout* antigo, sem previsão de espaço para os membros inferiores do operador, obrigando-o a girar a coluna a cada leitura de preços de mercadoria. Isso gerou vários problemas, já que o teclado não está alinhado com o leitor ótico, proporcionando

uma postura inconveniente para o trabalho. Na rede de supermercados abordada neste caso, encontramos um total de 990 *checkouts* no Rio Grande do Sul nesta situação. Mediante entendimento tripartite, acordou-se um prazo de até seis meses para a adaptação de todo o mobiliário. Para a alteração do mobiliário, foi necessário dilatar o cronograma inicial em 18 meses.

Recomenda-se que o aumento de produtividade para a empresa com a implantação da automação comercial não deve se dar jamais com prejuízo para a saúde dos trabalhadores. A instalação dos equipamentos necessários à automação deverá ser precedida de uma análise ergonômica que oriente sobre a escolha dos equipamentos, sobre seu arranjo físico e sua organização, sobre o treinamento dos empregados, assegurando que o ganho de produtividade da empresa se dê com ganho de conforto e satisfação para os empregados que irão utilizá-los (PERES, 1999).

A multiprofissionalidade e a interinstitucionalidade necessárias em uma ação ergonômica complexa finalizada em 2000

Este estudo de caso descreve as estratégias das instituições (Delegacia Regional do Trabalho, Procuradoria Regional do Trabalho, Tribunal Regional do Trabalho e Sindicato dos Trabalhadores do Comércio) e dos profissionais envolvidos (engenheiro de segurança, médico do trabalho, ergonomista, advogados e técnico de segurança) em uma ação ergonômica com o fim de modificar postos de trabalho em uma empresa com história de resistência à ação fiscal do trabalho na prevenção de DORT.

Conclui-se que a ação integrada dessas instituições foi elemento essencial na solução dos problemas identificados na demanda inicial do processo, finalizado com acordo homologado judicialmente. O acordo homologado previu as seguintes recomendações de ordem administrativa para os operadores de caixa:

- a) fornecer água potável de modo a permitir a ingestão mínima de 1 litro por dia para cada operadora;
- b) facilitar a ida ao banheiro para atender as necessidades fisiológicas mínimas;
- c) restringir o ensacolamento realizado pelas funcionárias das caixas somente aos clientes idosos, deficientes físicos e gestantes;
- d) implantar ginástica laboral com ênfase para os exercícios de alongamentos;
- e) recomendar estudo ergonômico para o sistema de caixas e balcões de *checkout* antes de qualquer investimento de compra.

Quanto ao posto de trabalho em si, conforme o protótipo homologado na Justiça do Trabalho, as modificações mediante reforma e implementação do protótipo foram as seguintes:

- a) gerar espaço físico de trabalho para o operador;
- b) retirar a botoeira (painel de controle) e a base do balcão. Retirar o suporte inferior da caixa de dinheiro, dando espaço para as pernas;
- c) ampliar o espaço onde fica o suporte da caixa de dinheiro em 10 cm de cada lado

e afastar o balcão que sustenta a caixa registradora em 20 cm, gerando um total de mais 40 cm que, somados aos 60 cm existentes, proporcionam 100 cm de largura na área de trabalho;

- d) retirar a banquetta pivotante existente, fornecendo assento que atenda a NR 17, com as características mínimas de ser regulável em altura e inclinação anterior posterior, giratório, sem apoio fixo em sua estrutura para os pés, com encosto e assento revestidos;
- e) fornecer apoio para os pés regulável em altura e inclinado, com base de sustentação mínima dos pés de 20 x 30 cm;
- f) todas as arestas devem ser aparadas, lixadas e revestidas com borracha na parte inferior dos balcões onde os membros inferiores das trabalhadoras farão contato físico.

Como demonstrado, podemos inferir que o resultado final do todo foi maior que o somatório das ações específicas de cada um dos órgãos envolvidos. Sem abrir mão de suas prerrogativas, Sindicato dos Trabalhadores, Procuradoria e Delegacia Regional do Trabalho, de forma articulada, conseguiram, com o sinergismo de seus esforços, ultrapassar as dificuldades iniciais e chegar ao acordo judicial, permitindo aos operadores de caixa de supermercado a possibilidade de trabalhar de forma menos desgastante e menos prejudicial à saúde.

Outro elemento importante é o que se refere à própria empresa, que conseguiu responder a uma demanda da sociedade, através de diversas de suas representações, sem a necessidade de comprar equipamentos. A partir

da construção e do teste de um protótipo, ela pôde implementar os postos de trabalho mais confortáveis a um custo financeiro menor. A conduta adotada permitiu o desenvolvimento de soluções viáveis e não necessariamente as mais caras.

A homologação do acordo judicial sobre os aspectos relacionados com a Ergonomia reconhece esta disciplina e o trabalho realizado por técnicos habilitados como ferramenta para a prevenção de DORT em níveis administrativo e judicial (PERES et al., 2000).

Ergonomia de concepção como meta de auditoria do trabalho-estudo do posto de caixa de um supermercado de Fortaleza

Este estudo de caso analisa as condições de trabalho dos operadores de caixa encontradas pela auditoria fiscal do Ceará, em 2001, em um supermercado em Fortaleza. A partir de entrevistas com 45% dos operadores, bem como da observação do local de trabalho e das atividades realizadas, verificou-se que o trabalho era desenvolvido permanentemente na posição de pé, com restrição a pausas para satisfação de necessidades fisiológicas e elevada prevalência de sintomas compatíveis com LER/DORT. Após discussões com os representantes da empresa, foi realizada a substituição dos *checkouts*, até então utilizados, por outros que permitissem o trabalho, com alternância de postura, sentada ou de pé, medida estendida a um novo estabelecimento do grupo empresarial, inaugurado durante o desenvolvimento da ação de auditoria (KHUORI; AMÂNCIO; PERES; 2001).

APLICABILIDADE DA NOTA TÉCNICA 060/2001 DO MTE: O CASO DA INDÚSTRIA CALÇADISTA

Em meados da década de 90, muitas empresas de calçados do sul do Brasil migraram para o nordeste do Brasil. Com o intuito de otimizar os espaços de trabalho e reduzir as áreas construídas das fábricas, as empresas têm adotado a postura de trabalho ortostática para as costureiras, passadeiras de cola, bem como outras atividades em postos de trabalho fixo. Este estudo de caso relata a constatação da auditoria do trabalho do Ceará e do Rio Grande do Sul quanto à imposição do trabalho em postura ortostática, nas indústrias de calçado do Ceará, em contraposição às recomendações da NR 17 – Ergonomia e da Nota Técnica nº 060 do MTE. O artigo publicado descreve a metodologia utilizada pela auditoria e suas conclusões (PERES; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2001).

Atualmente, está em andamento uma ação de auditoria da Comissão Nacional de Ergonomia no setor (OLIVEIRA et al., 2004).

A AÇÃO DA AUDITORIA DO TRABALHO NA ATIVIDADE DE CENTRAIS DE ATENDIMENTO E A NECESSÁRIA INTEGRAÇÃO COM A PESQUISA NA ABORDAGEM DA ERGONOMIA COGNITIVA E MACROERGONOMIA

O artigo publicado relata os resultados das ações de auditoria em empresas de atendimento e telemarketing e seus desdobramentos dentro das ações do programa de

prevenção de LER/DORT da DRT/RS, iniciado em 1999. Com as ações de auditoria, obteve-se regularização de mobiliário em dois casos, de iluminação em três casos, de ruído em um caso, de equipamento (substituição de fone de gancho por *head-phone*) em um caso, controle da temperatura efetiva em dois casos, elaboração e implantação do PMOC – Programa de Manutenção e Operação de Ar Condicionado em quatro casos, limpeza de equipamentos de ar condicionado em dois casos, inserção de lâmpadas em luminárias difusoras em dois casos, manutenção de *head-phones* em dois casos, implantação de pausas em um caso, observação do limite de cinco horas de entrada de dados diárias em um caso, redução de excesso de horas extras em dois casos, emissão de CAT por parte da empresa em um caso de disфонia e em dois casos de túnel do carpo, sendo que houve o posterior reconhecimento do nexo pela perícia do INSS nestes casos. O conhecimento da organização das centrais de atendimento indicou questões a serem observadas que não foram abordadas nos PPRA – Programas de Prevenção de Riscos Ambientais, nos PCMSO – Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional e Laudos Ergonômicos apresentados pelas empresas. São questões relativas à modalidade de atendimento realizada, ao ritmo de trabalho imposto, ao conteúdo e à exigência do tempo, às ambigüidades de normas de produção e de qualidade, à tensão no trabalho, à usabilidade do software, ao controle informatizado do tempo de atendimento, à escuta dos atendimentos e a sua gravação e, enfim, à ergonomia cognitiva. A não consideração destas questões implica a não indicação de medidas preventivas específicas para as mesmas, tanto no PPRA e no PCMSO como nos laudos

ergonômicos. Nos casos observados de serviço de centrais de atendimento em empresa do ramo alimentício, não foi exigido o controle da pausa de dez minutos a cada cinquenta minutos trabalhados em função do ritmo pouco intenso e da possibilidade de regulação da atividade permitida pelo empregador em um caso (nos horários de menor demanda, observou-se tele-atendentes lendo periódicos ou realizando temas escolares), de alternância da tarefa com atividades de balcão e escritório em outro caso. Foi, entretanto, observado o tempo máximo de cinco horas em entrada efetiva de dados nos três casos. Nas outras empresas inspecionadas, a ausência de pausas foi autuada e sua implantação tem sido questionada por recurso administrativamente interposto pelas empresas. A não emissão de CATs também tem sido constatada nas auditorias. A emissão de CATs tem sido questionada pelas empresas inspecionadas mediante recurso administrativo, as quais têm afastado os empregados acometidos em benefício comum ou os demitido sumariamente. Em um serviço de empresa telefônica, houve notificação de emissão de CAT para 27 casos de empregados afastados em benefício comum e, entretanto, além de não atender a notificação, a empresa ainda demitiu 12 desses empregados no retorno do benefício. Por parte da auditoria, este caso foi oficiado ao Ministério Público do Trabalho (PRT – CODIN) para as providências cabíveis. Em algumas empresas, em especial nas de telefonia, a rotatividade é alarmante.

Verificou-se que a transformação ou a melhoria das condições de trabalho nas centrais de atendimento inspecionadas, no período entre 1999 e 2002, em Porto Alegre, ocorreram tão somente no âmbito do mobiliário, dos

equipamentos e do ambiente dos postos de trabalho, sem consideração do âmbito organizacional e cognitivo por parte da assessoria das empresas. A complexidade da atividade das centrais de atendimento requer estudos mais abrangentes e aprofundados que considerem as metodologias de ergonomia cognitiva e de macroergonomia, a fim de que as transformações implementadas sejam eficazes e realmente resguardem a saúde dos trabalhadores envolvidos dos riscos ocupacionais. A complexidade da atividade impõe abordagem multidisciplinar e multiprofissional, integração de instituições de ensino e pesquisa, em comum acordo com as empresas, e ação conjunta entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério Público (PERES; GUIMARÃES, 2002).

A partir da constatação da necessidade de conhecimento mais aprofundado da atividade de tele-atendimento/ telemarketing para subsidiar as ações de auditoria nestas empresas, o tema foi objeto de estudo de mestrado, tendo em seu desfecho a defesa da dissertação: *Avaliação da satisfação com o sistema de pausas no trabalho de tele-atendimento/telemarketing* (PERES, 2003). A dissertação abordou a satisfação dos operadores de uma empresa de telemarketing, com filial no Rio Grande do Sul, com o sistema de pausas para descanso no trabalho. Foi feito um levantamento com base em observação direta, entrevistas e questionários respondidos por 170 tele-operadores dos três turnos da empresa. Ficou evidenciada a insatisfação com o sistema de pausas utilizado, principalmente pelos operadores com maior tempo de serviço, possivelmente pelo desgaste com o trabalho, conforme constatado pela baixa motivação e alta pressão psicológica informada por esses operadores. O sistema de pausas utilizado pela empresa

(uma pausa de cinco minutos, denominada particular) não satisfaz as necessidades dos tele-operadores, não é compatível com a natureza de sua atividade e não atende aos dispositivos da NR 17 – Ergonomia do MTE – Ministério do Trabalho e Emprego para trabalhadores ocupados com processamento eletrônico de dados. Levando-se em consideração o anseio por pausas sem horários pré-determinados, manifestado pela maioria dos tele-operadores entrevistados, propõe-se um regime de pausas mais flexível, desde que previamente acordado mediante convenção coletiva nos termos da NR 17 – Ergonomia do MTE.

A referida dissertação também aborda, em seu item 5.6.7, o desgaste dos tele-operadores com a rotina de trabalho (PERES, 2003), evidenciando, com significância estatística, o efeito desgastante do tempo de serviço na atividade.

Atualmente, a fim de encontrar soluções definitivas para a melhoria das condições de trabalho dos empregados do seguimento, está em discussão, no âmbito do MTE, uma nota técnica sobre a atividade.

RECOMENDAÇÕES

Para prevenir situações desencadeadoras de LER/ DORT, atendendo a legislação em vigor, entendemos necessária uma maior aproximação e divulgação dos corretos procedimentos a serem adotados, a exemplo das notas técnicas em elaboração pela Comissão Nacional de Ergonomia – CNE (OLIVEIRA et al., 2004).

Torna-se conveniente estimular a parceria entre DRT, Sindicato de Trabalhadores

e Patronato, permitindo a formalização de acordos tripartites, pois os mesmos têm se demonstrado instrumento efetivo e eficaz para o desenlace de ações com o fim de minimizar os fatores de risco de LER/ DORT.

Imprescindível é a obtenção de dados epidemiológicos a serem fornecidos pela rede pública de vigilância em saúde, com a finalidade de instruir os processos, subsidiando informações necessárias à associação dos fatores de risco com as doenças notificadas, justificando as ações preventivas e corretivas propostas pelas DRT do MTE e pela PRT, inclusive na via judicial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Cartilha do Trabalhador: LER/DORT: Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. São Paulo: SINDIPP; Brasília, DF: FUNDACENTRO, 1999.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Memorando Circular nº 45 Brasília, 02 de março de 2001 que formaliza a Comissão Nacional de Ergonomia – CNE.
- _____. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora n. 17**. 2. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Publicacoes/default.asp>>
- _____. PERES, C. C.; OLIVEIRA, P. A. B. **Relatório de ação fiscal de 2001**: Processo nº 46218.011900/2001-27. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; Porto Alegre: Delegacia Regional do Trabalho, 2001. 11 p.
- ESPAÑA. Ministério de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Centro Nacional de Medios de Protección. **Dolor lumbar**: Critérios para su prevención en el ámbito laboral. Sevilla, 1998.
- GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um Banco de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.31-39, jul./set. 2003.
- CORREIO DO POVO. Caderno de Economia. Porto Alegre, 26 ago. 2003.
- KHUORI, M. A.; AMÂNCIO, V. M.; PERES, C. C. Ergonomia de concepção como meta de auditoria do trabalho estudo do posto de caixa de um supermercado de Fortaleza. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 11., 2001, Gramado. **Anais...** Recife: ABERGO, 2001. 1 CD-ROM.
- MCATAMNEY, L.; CORLETT, E, N. **Reducing the risks work related upper limb disorders**: a guide and methods. Nottingham: Intitute for Occupational Ergonomics, 1992.
- MALCHAIRE, J. et al. **Lesões dos membros superiores por trauma cumulativo**. Bélgica: Universidade Católica de Louvain, 1998.
- OLIVEIRA, P. A. B. et al. Comissão Nacional de Ergonomia e Políticas Públicas: a implementação de procedimentos auxiliares à NR 17 (os casos da indústria de calçados, de telemarketing, de supermercados e de abate e processamento de carnes). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 13., 2004, Fortaleza. **Anais...** Recife: ABERGO, 2004. 1 CD-ROM.
- PERES, C. C. Ações de fiscalização preventivas de LER/DORT na área do comércio. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 9., 1999, Salvador. **Anais...** Recife: ABERGO, 1999. 1 CD-ROM.
- PERES, C. C. et al. A multiprofissionalidade e a interinstitucionalidade necessárias em uma ação ergonômica complexa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 10., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Recife: ABERGO, 2000. 1 CD-ROM.
- PERES, C. C.; ARAÚJO, F. R.; OLIVEIRA, I. M. L. Aplicabilidade da Nota Técnica 060 / 2001 do Ministério do Trabalho

e Emprego: o caso da indústria calçadista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 11., 2001, Gramado.

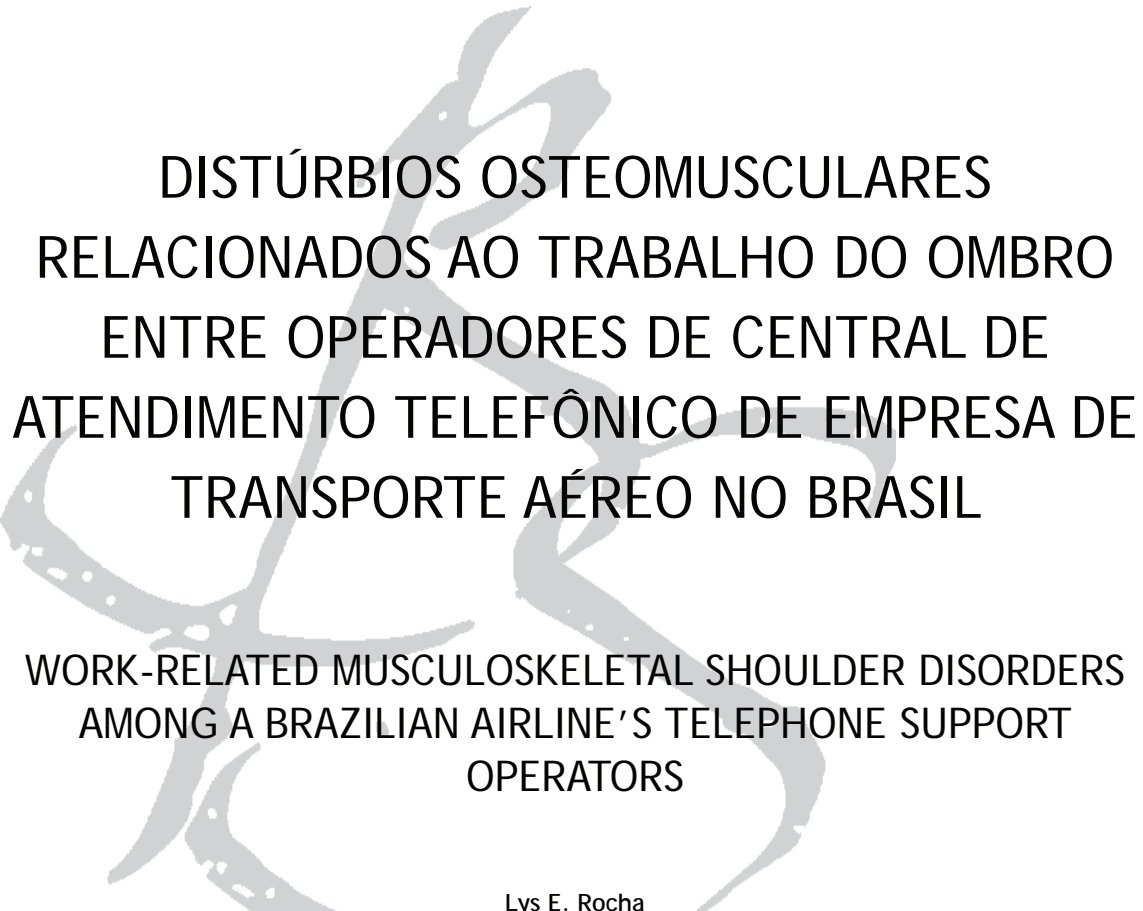
Anais... Recife: ABERGO, 2001. 1 CD-ROM.

PERES, C. C.; GUIMARÃES, L. B. de M. A ação da auditora do trabalho na atividade de centrais de atendimento e a necessária integração com a pesquisa na abordagem da ergonomia cognitiva e macroergonômica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 12., 2002, Recife.

Anais... Recife: ABERGO, 2002. 1 CD-ROM.

PERES, C. C. **Avaliação da satisfação com o sistema de pausas no trabalho de teleatendimento/telemarketing.** 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado com ênfase em Ergonomia) – Escola de Engenharia da UFRGS. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.producao.ufrgs.br>

PERES, C. C.; MARTEL, M. V.; RIBEIRO, L. W. S. Acordo tripartite para adequação ergonômica de mobiliário de agências de banco comercial no estado do Rio Grande do Sul: desdobramentos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 13., 2004, Fortaleza. **Anais...** Recife: ABERGO, 2004. 1 CD-ROM.



DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO DO OMBRO ENTRE OPERADORES DE CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO DE EMPRESA DE TRANSPORTE AÉREO NO BRASIL

WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL SHOULDER DISORDERS AMONG A BRAZILIAN AIRLINE'S TELEPHONE SUPPORT OPERATORS

Lys E. Rocha

Doutora em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo – USP

E-mail: lysrocha@usp.br

Debora M. R. Glina

Doutora em Psicologia Social

Jayme A. R. Viana

Graduando da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP

Leonilde Mendes Ribeiro Galasso

Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP

RESUMO

Este estudo tem por objetivo a verificação da prevalência de sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho, localizados nos ombros em operadores de *telemarketing* da central de reservas de uma empresa de transporte aéreo de São Paulo, e analisar os aspectos associados em relação às características sócio-demográficas e a situação do trabalho. Este artigo pretende, ainda, apontar alguns resultados provenientes dessa pesquisa, realizada entre agosto de 2001 e maio de 2002, relacionando as condições de trabalho com os DORT.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde ocupacional, doenças ocupacionais, LER/DORT, trabalho, condições de trabalho.

ABSTRACT

This study aims to verify the prevalence of work-related shoulder musculoskeletal symptoms in phone reservation operators of a São Paulo airline, and analyze the associated aspects pertaining to social-demographical characteristics and working situation. This article also intends to point out some of the results obtained by that research, carried out from August 2001 to May 2002, establishing a connection between working conditions and Work-related Musculoskeletal Disorders.

KEY WORDS

Occupational health, occupational diseases, RSI/WMSD, labor, working conditions.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) vêm crescendo nas últimas décadas (HAGBERG et al., 1994). Esses distúrbios podem ocorrer em qualquer estrutura do aparelho locomotor, mas os membros superiores são os locais mais freqüentemente comprometidos.

No Brasil, esses distúrbios têm seu crescimento anual nas estatísticas oficiais a partir de 1987, representando atualmente a doença do trabalho mais registrada junto à Previdência Social, acometendo trabalhadores do setor industrial e de serviços.

Entre os fatores associados aos DORT, atualmente, considera-se que ocorra a integração de fatores relacionados com aspectos biomecânicos, como a sobrecarga muscular estática e a realização de movimentos repetitivos; as condições do posto e ambiente de trabalho, como iluminação, acústica, temperatura e mobiliário; os aspectos da organização do trabalho, como número de pausas e exigências de produtividade; e aspectos psicossociais do trabalho, como auto-realização e apoio de colegas (DEVEREAUX et al., 2002; FAUCETT; REMPEL, 1994; MARCUS et al., 2002; ONG et al., 1995).

Entre as ocupações que têm casos de DORT registrados está a dos operadores de *telemarketing*. A descrição da classificação brasileira de ocupações (CBO 1994) para a função de operador de *telemarketing* (CBO número 3-80.25) consiste em atender ligações telefônicas, fornecer informações e prestar serviços efetuando transações de operações bancárias adaptadas para atender à solicitação de clientes. Por essa descrição, percebe-se que a denominação foi associada, primeiro, a em-

presas financeiras, passando, posteriormente, a envolver a prestação de um amplo conjunto de serviços. A característica da empresa principal é que determina o conteúdo do trabalho dos operadores.

Segundo o sindicato dos trabalhadores em *telemarketing* (2001), o número de trabalhadores da categoria está ainda em expansão. Esse número foi estimado, no ano de 2001, em 284 mil no país e 120 mil, somente no estado de São Paulo. Do total de 133 mil posições de atendimento (PAs) existentes no Brasil, a grande maioria (113 mil) faz parte integrante das empresas. A maioria é do gênero feminino, na faixa de idade entre 18 e 30 anos, com escolaridade média ou superior. Existe uma elevada rotatividade no emprego. O uso simultâneo de telefone e computador como ferramentas de trabalho é um aspecto característico da categoria.

A natureza do trabalho dos operadores de *telemarketing* combina elementos da organização do trabalho, como determinação das falas, movimentos e padrões de produção, com exigências psicossociais dos serviços, ao estabelecer uma relação direta com o público. Esta combinação de características determina altos níveis de estresse no trabalho, com altas demandas e baixo controle sobre o trabalho.

Os estudos têm-se concentrado em operadores de telefone, principalmente nos serviços de auxílio aos clientes das empresas de telefonia. Starr et al (1982) analisaram operadores do serviço auxílio à lista e descreveram como sintomas mais comuns: dor de cabeça (75%), alterações visuais (61%) e desconforto no pescoço (65%).

Ferreira et al. (1997), Hales et al. (1994) e Hoekstra et al. (1995) investigaram a presença de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) entre operadores de

telemarketing e identificaram associação com os seguintes fatores: uso do telefone por mais de 8 horas diárias; postura desconfortável devido ao mobiliário; percepção de falta de controle sobre o trabalho; medo de ser substituído por computadores; intensa pressão do tempo no trabalho; rotina de trabalho com poucas oportunidades de tomada de decisões; alta demanda de processamento de informações.

Westin (1992) realizou grupos focais em uma central de atendimento com 200 operadores, observando a presença de queixas de dores musculares, problemas de estômago, alterações de sono e irritabilidade associadas a conflitos entre a qualidade exigida e o tempo de atendimento, a falta de treinamento para utilizar os computadores e a qualidade ruim do mobiliário.

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho localizados nos ombros em operadores de *telemarketing* de uma central de reservas de uma empresa de transporte aéreo de São Paulo, e analisar os aspectos associados em relação às características sócio-demográficas e à situação do trabalho.

METODOLOGIA

A Central de Reservas estudada atende usuários de todo o Brasil e funciona por 24 horas, inclusive em domingos e feriados. Previamente à realização da pesquisa, estabeleceu-se contato com o serviço médico da empresa, para apresentação do projeto e obtenção da devida autorização da diretoria. Por ocasião dessas reuniões, registraram-se as queixas dos profissionais quanto aos problemas de saúde apresentados pela equipe de operado-

res (denominados, pela empresa, agentes de reservas), que se traduziam em um elevado nível de absenteísmo.

Obtida a autorização para a realização da pesquisa, a equipe de pesquisadores – incluindo estudante de medicina, médicas, socióloga, psicóloga, ergonomista e nutricionista – passou a visitar a Central semanalmente, tendo o trabalho de campo transcorrido entre agosto de 2001 e maio de 2002. Todos os participantes foram informados dos objetivos e participaram voluntariamente da pesquisa, assinando um termo de consentimento esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada junto à Comissão de Ética da instituição.

Foi realizada a análise ergonômica do trabalho, com entrevistas, observação do trabalho e registro visual do ambiente de trabalho, através de fotos e filmagem, em diferentes núcleos/áreas e horários de trabalho. Essa análise ergonômica do trabalho realizada seguiu as etapas propostas por Guérin et al. (2001).

Foram realizadas entrevistas individuais com representantes da administração, supervisores e operadores de *telemarketing* e entrevista coletiva com quatro operadores indicados por interlocutor da Central, de acordo com os critérios estipulados pelos pesquisadores: dois do gênero masculino e dois do gênero feminino, com diferentes tempos de trabalho na empresa e no segmento de *telemarketing*. As entrevistas permitiram conhecer a divisão do trabalho tal como se apresentava no setor, coletar informações sobre o processo de trabalho, levantar as exigências e constrangimentos relacionados à situação de trabalho, os aspectos positivos e negativos do trabalho, bem como sugestões para melhorias.

As observações do trabalho permitiram analisar a tarefa prescrita (aspecto formal do

trabalho) e a tarefa real (modificação feita pelo trabalhador em função das especificidades de cada situação de trabalho). As observações ocorreram no posto de trabalho dos operadores, acompanhando as telas utilizadas e ouvindo como “carona” as ligações atendidas. Durante as observações, solicitava-se que os operadores explicassem o que estavam fazendo e a finalidade de cada operação, além de demonstrarem algumas situações. Foram observados e entrevistados nove operadores, escolhidos em conjunto com o gerente e os supervisores, levando em conta: o tempo de serviço (mais antigo ou mais recente), a idade (mais velho ou mais novo), o turno (manhã, tarde ou noite) e o tipo de atividade.

Foi elaborado um questionário, tendo sido os sintomas osteomusculares avaliados a partir de instrumento desenvolvido por Kourinka et al. (1987), conhecido como *The Nordic Questionnaire for Musculoskeletal Symptoms*. Este instrumento foi utilizado e validado por Souza (1999). O questionário é composto por duas partes: a primeira, para identificação dos trabalhadores com qualquer tipo de dor ou desconforto relacionados ao trabalho, sua localização e tipo de queixa; e a segunda caracteriza a frequência, a intensidade e a duração dos sintomas e as consequências para a capacidade de trabalho.

Outros dados coletados pelo questionário foram: identificação (sexo, idade, escolaridade, estado civil e número de filhos); história profissional (tempo de trabalho como operador de *telemarketing* e tempo de trabalho na empresa); trabalho atual (salário, carga horária semanal, horário de trabalho); hábitos (tabagismo, alcoolismo e atividades físicas); percepção dos operadores acerca das condições ambientais, do posto e da organização do trabalho. Com as informações obtidas pela análise ergonô-

mica do trabalho e pelas entrevistas, foram levantados aspectos que constituíam fatores de satisfação e fatores de incômodo e fadiga durante o trabalho.

O questionário foi testado com a aplicação para 10 operadores, sendo modificado conforme sugestões. Entre novembro de 2001 e janeiro de 2002, o questionário auto-aplicável foi respondido por 351 operadores e supervisores, entre os 385 trabalhadores em atividade. Os motivos de não preenchimento do questionário foram férias e licenças de saúde. Ocorreram três casos de recusas. A empresa autorizava o operador a deixar o posto de atendimento para, em sala próxima ao local do trabalho, preencher o questionário. Durante o preenchimento, a equipe de pesquisadores estava presente para esclarecer dúvidas e verificar se todas as questões foram respondidas. O tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos.

A análise dos questionários foi iniciada pela codificação e pela digitação dos dados, seguidas pelo cálculo das frequências de todas as variáveis e pela análise descritiva. A análise estatística foi feita com tabelas de contigência a 5% de significância, segundo a presença de sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho em ombros, utilizando-se dos testes de chi-quadrado e de Fischer. Para este estudo, foram utilizados os programas Excel para montagem do banco de dados e Stata 8.0 para cálculos e análise estatística.

RESULTADOS

Entre os 351 operadores de *telemarketing* e supervisores que responderam ao questionário, 75,4% eram mulheres, 52,7% tinham entre 18 e 24 anos, 48,3% tinham escolaridade

superior incompleto, 75,8% eram solteiros e 83,5% não tinham filhos. O maior tempo de trabalho como operadores ou na empresa foi de 13 a 36 meses. O salário concentrou-se entre R\$ 480,00 e R\$ 719,00 Reais (Tabela 1).

Quanto aos hábitos e atividades, 63,5 % nunca fumaram, 77,5% não bebiam ou bebiam bebidas alcoólicas até uma vez por mês, e 50,4% realizavam atividades físicas. A ginástica no trabalho foi referida por apenas 5,7% dos profissionais. O esforço físico nas atividades domésticas foi considerado moderado/pesado por 30,8% dos trabalhadores (Tabela 2).

Os horários obedeciam a turnos fixos de 6 horas, predominando os operadores no turno da manhã. Em relação aos turnos, 18,8% trabalhavam na noite e madrugada. A carga horária de trabalho semanal predominante foi de 36 horas (Tabela 2).

A atividade dos operadores da Central

A Central incorporou serviços antes realizados por centrais existentes em vários estados. Em sua maioria, os agentes de reserva dedicavam-se ao recebimento de ligações de passageiros e agências de viagens, fornecendo informações sobre tarifas, alternativas de rotas e horários de vôos, além de garantir as reservas de passagens, confirmar vôos e oferecer determinados produtos/serviços aos clientes. No núcleo *Off line*, a iniciativa da ligação era dos próprios operadores, que contatavam os clientes com a finalidade de avisá-los de alguma modificação em vôos ou tratar de solucionar problemas pendentes.

O atendimento das chamadas era feito de forma automática, com a imediata distribuição entre os operadores, pelo computador, quando

a conexão se completava, sem que os operadores pudessem ter controle sobre o intervalo de tempo entre os atendimentos. O sistema registrava o tempo de atendimento de cada chamada e desenvolvia a média por operador. O trabalhador precisava manter o padrão de tempo médio de duração dos atendimentos estabelecido pela empresa. Os operadores podiam desconectar-se do sistema para necessidades pessoais, mas ficava registrado o número de vezes e a duração de tempo em que isso acontecia.

Na atividade, após estabelecer um início de conversa ao telefone com o cliente, existia a busca de informações nas telas do computador e a entrada com informações quando necessário. Os trabalhadores permaneciam em postura estática sentada 95% do tempo. Em geral, o operador dispunha de orientações no sistema para responder às questões dos clientes. A complexidade da tarefa era dada pela diversidade dos clientes e de suas solicitações, gerando a necessidade de consulta a documentos e também aos colegas e supervisores, para a resolução das demandas. Na atividade, era importante evitar erros no processamento das informações solicitadas pelos clientes.

As condições de trabalho

A Central estava localizada no Aeroporto de Congonhas, distribuída em dois núcleos: a Central de Reservas (CR) e Off Line/Tarifas Internacionais. A CR ocupava o pavimento superior de um pequeno prédio e a *Off Line*, uma sala contígua a um hangar de manutenção e pintura de aviões. Esses dois locais apresentavam diferenças bastante significativas em termos de confortos térmico, acústico, mobiliário e tam-

bém em termos das tarefas desempenhadas e da forma de organização do trabalho. Os operadores efetuavam rodízio nestes dois locais.

O mobiliário utilizado na Central de Reservas era mais novo e permitia regulagem na altura das mesas e cadeiras, quando comparado ao utilizado no *Off Line*. Neste espaço, a maioria das cadeiras e mesas não possibilitava regulagem e havia pouca disponibilidade de apoios para os pés. Em relação aos instrumentos de trabalho, foi observado, em várias ocasiões, “travamento” ou “queda” do sistema, determinando a interrupção dos serviços. A percepção dos operadores sobre o posto de trabalho foi de que eram boas ou ótimas as condições da mesa para 72,4%, da cadeira para 47,6%, do espaço/*lay-out* para 74,6% e dos instrumentos para 63,0% (Tabela 4).

Em relação ao ambiente de trabalho, a Central dispunha de revestimento absorvente de ruído, no espaço CR. No *Off Line*, além de não haver revestimento acústico na sala, verificou-se a presença relativamente freqüente do ruído das turbinas de aviões em serviços de manutenção. O ruído ambiental também era produzido pela fala simultânea e constante de operadores e supervisores.

A pesquisa coincidiu com o regime de economia determinado pela crise energética brasileira, e a temperatura ambiente mostrou-se muitas vezes bastante desconfortável. Foi registrada a queixa de um grupo de operadores sobre a distribuição não uniforme do sistema de ar condicionado, com alguns pontos mais frios que outros. No que diz respeito ao *Off Line*, merece destaque o fato de que, ao serem realizados serviços de pintura de partes dos aviões, no hangar contíguo, um forte cheiro de tinta era carregado para a sala de atendimento através do aparelho de ar condicionado.

A percepção dos operadores sobre o ambiente de trabalho foi de que era boa ou ótima a temperatura para 30,8%, o ruído para 51,9% e a iluminação para 69,2% (Tabela 4).

A organização do trabalho e os fatores psicossociais do trabalho

O trabalho em *telemarketing* envolve uma organização do trabalho bastante estrita. Além da fixação de horários de pausa, do ritmo determinado pelo volume de ligações e das metas de redução do tempo médio de atendimento, o trabalho envolve a prescrição de um *script*, ou fraseologia padrão, destinado a padronizar ao máximo o nível do atendimento, que é objeto de monitoração eletrônica constante. Além de pautar-se pelas normas e contratos que regulam os serviços prestados pela empresa, o atendimento deve ser realizado de acordo com os manuais de procedimentos.

A Central de Reserva havia experimentado intenso crescimento do volume de chamadas sem o aumento proporcional do número de funcionários, sendo o número percebido como insuficiente pelos operadores (Tabela 4).

Em relação aos fatores de incômodo e fadiga percebidos pelos operadores, a presença da fila de espera representou o primeiro fator (Tabela 5). A média diária de ligações girava em torno de 18 mil, chegando a atingir cerca de 20 mil às segundas-feiras, sendo que o número esperado era de 16 mil. Aos sábados e domingos, o número de ligações girava em torno de 9 mil. Os horários considerados “de pico” eram entre 9h e 12h e entre 14h e 18h. Em um dos momentos de observação do trabalho, verificou-se que, das 132 PAs existentes na Central, apenas 99 estavam operantes devido

a afastamentos por licença médica, folgas ou faltas injustificadas. Durante todo o período da pesquisa, a Central como um todo vivenciava um clima de forte tensão, decorrente da presença constante das ligações em espera, chegando até a 150 ligações.

O esquema de pausas compreendia um intervalo de 15 minutos para lanche e 10 minutos para necessidades fisiológicas, totalizando 25 minutos por período de 6 horas de trabalho, com tolerância de mais 10 minutos. Segundo informações fornecidas por supervisores entrevistados, não havia rigidez na fixação das pausas. Durante o período da pesquisa, diante do volume extremamente elevado de ligações e do grande campo de espera, os operadores eram solicitados a não pausarem, ou apenas por poucos minutos, durante os períodos considerados “críticos”, como entre 9h e 12h.

Entre os operadores, o pequeno número de pausas que podiam fazer durante o período de trabalho foi apontado como um importante fator de incômodo/fadiga (Tabela 5). Para preservar a voz em boas condições, os operadores tomavam bastante água e costumavam manter pequenas garrafas no posto de trabalho. Porém, beber água representava a necessidade de ir ao banheiro com mais frequência, o que era um problema diante da dificuldade de afastarem-se do posto durante os horários de pico das ligações.

A avaliação do desempenho dos operadores combinava aspectos quantitativos, como o tempo médio obtido individualmente nos atendimentos, e aspectos qualitativos da escuta dos supervisores. O monitoramento do supervisor do conteúdo das conversas entre os operadores e os clientes avaliava o cumprimento das regras e procedimentos, as campanhas de

vendas e promoções, a cortesia e a qualidade do atendimento prestado. Os operadores se mostraram insatisfeitos com o sistema de avaliação da empresa (Tabela 5).

A falta de perspectivas de ascensão profissional foi referida como um fator importante de incômodo e fadiga na central estudada, bem como a falta de reconhecimento da empresa (Tabela 5).

Um aspecto importante é representado pelo respeito ao tempo médio de atendimento. Os clientes não-cooperativos ou não-objetivos, que provocam o alongamento da ligação e a multiplicidade de solicitações, eram considerados fatores de incômodo e fadiga pelos operadores. A existência de longas filas de espera constituía uma fonte de insatisfação para o cliente, potencializando as chances de que esse já chegasse à linha irritado (Tabela 5).

Na central de transporte aéreo, foi observada uma distinção entre dois tipos de atendimento: ao cliente-agência e ao cliente-passageiro. No primeiro caso, a conversação que se estabelecia era mais fluida e objetiva; ambas as partes dominavam o mesmo “idioma”, repleto de siglas. O contato “entre iguais” permitia ao agente, inclusive, a possibilidade de “escapar” do *script* por breves momentos e até mesmo fazer ou ouvir um rápido comentário bem-humorado. O contato com o cliente-passageiro, no entanto, era visto como uma fonte potencial de pressão, pois o passageiro era considerado “muito exigente”.

Um fator de incômodo ou fadiga referido relacionava-se ao sentimento de “ser visto/tratado como máquina” (Tabela 5), aspecto que pode estar associado à intensa rigidez e prescrição existente nesta atividade.

A satisfação no trabalho ocorreu para 53,8% dos profissionais, sendo que os principais fatores geradores de satisfação foram o horário de trabalho de seis horas diárias, a cooperação entre os colegas e as brincadeiras “de momento” que ocorriam durante o trabalho (Tabela 6).

Durante a pesquisa, a Central vivenciava um intenso processo de mudança organizacional, com o objetivo de melhorar seu desempenho e reduzir a fila de espera. As mudanças verificadas envolveram a padronização dos softwares de gerenciamento, a ampliação do número de operadores, a expansão do espaço físico, para permitir a ampliação do número de PAs, entre outras.

Os sintomas no ombro

A prevalência de sintomas relacionados ao trabalho em ombros, como dor, desconforto, formigamento, queimação, dormência, inchaço, cansaço, rigidez, no último ano, foi de 53,6% entre os operadores e supervisores. No último mês, os sintomas manifestaram-se para 46,4% e, nos últimos 7 dias, para 38,5% (Tabela 3).

Daqueles com sintomas, para 57,3% os sintomas apareceram no último ano, para 32,5% os sintomas se manifestaram diariamente no último ano e 84,6% classificaram a dor como moderada ou de forte intensidade. Em relação ao afastamento do trabalho, ele ocorreu para 29,4%, predominando o afastamento até 7 dias (Tabela 3).

A prevalência dos sintomas foi significativamente associada com o sexo feminino e com o maior tempo de trabalho na profissão e na empresa. Não foram encontradas associações significativas com a faixa etária, o estado civil e a presença de filhos (Tabela 1).

Quanto aos hábitos de vida, ocorreu associação com a realização de atividades físicas moderadas ou fortes em casa e não foram verificadas associações significativas com tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e ginástica no trabalho (Tabela 2).

Das condições de trabalho, observaram-se associações significativas com piores condições acústicas, de iluminação e temperatura do ambiente. Do posto de trabalho, associações com piores condições de cadeiras, mesas, espaço e instrumentos de trabalho. Os sintomas foram associados com número insuficiente de funcionários e treinamento insuficiente (Tabela 4).

Quanto aos fatores de incômodo ou de fadiga durante o trabalho, estiveram significativamente associados, com maiores prevalências de sintomas, os seguintes aspectos: postura desconfortável no trabalho; instrumentos de trabalho inadequados; falta de autonomia da Central perante a empresa; usuários não objetivos ou não-cooperativos que alongam o tempo de ligação; multiplicidade das solicitações dos clientes; ausência de controle sobre os horários das pausas; pressão do supervisor; “clima” interno de injustiça; falta de perspectiva de ascensão funcional; sistema de avaliação da empresa; falta de autonomia no trabalho; falta de reconhecimento pela empresa; ser “visto/tratado” como máquina; “clima” de ambigüidade e falta de clareza nas atribuições; não ter meios para extravasar tensões que surgem durante o trabalho; aplicação da ISO9000 pela empresa; monitoramento das atividades pelo sistema e monitoramento pelo supervisor (escuta) (Tabela 5).

Dentre os fatores de satisfação no trabalho, estiveram significativamente associados, com menor prevalência de sintomas: horário diário de trabalho de seis horas; qualidade da

empresa-mãe; qualidade do sistema; possibilidade de sentir-se útil; sentimento de auto-realização no trabalho e relacionamento com os supervisores (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho mostraram-se uma importante repercussão na saúde dos operadores da Central de Reserva da empresa de transporte aéreo, com elevada presença de sintomas nos ombros, caracterizados como freqüentes e de forte intensidade.

A prevalência de sintomas nos ombros foi maior que a registrada por Hales et al. (1994), que verificaram a prevalência de 22% para trabalhadores de empresa telefônica com função de auxílio à lista. Para esses autores, os fatores associados aos sintomas dos ombros e pescoço incluíram o medo de ser substituído por computadores, o aumento de pressão no trabalho, o aumento da carga de trabalho, a rotina de trabalho com poucas oportunidades de tomada de decisões e a alta demanda de processamento de informações.

Porém, a prevalência verificada foi menor do que a obtida por Hoekstra et al. (1995), de 68% em duas centrais de atendimentos de uma administradora de seguros. Para esses autores, os fatores associados foram: o uso do telefone por mais de 8 horas diárias, as posturas desconfortáveis pelo mobiliário e a percepção da falta de controle sobre o trabalho.

A pequena porcentagem de afastamento do trabalho pelos sintomas pode estar relacionada com o medo de demissão após a confirmação do diagnóstico. Esse resultado coincide

com o de Most (1999): 50% dos operadores de *telemarketing* sentem dores no pescoço e no ombro, mas não reclamam por medo de perder o emprego.

A prevalência dos sintomas foi maior para as mulheres. Punnett e Bergqvist (1999) analisam os achados de maior risco de DORT para mulheres que trabalham com computadores, concluindo que o gênero é uma construção social e que se confunde pela presença no trabalho de mulheres em postos de trabalho com maior imobilidade, maiores exigências de repetitividade, maior monotonia no trabalho e menor controle nas decisões do trabalho.

Os operadores de *telemarketing* estudados permaneciam sentados por 95% do tempo de trabalho e apresentavam altas prevalências de sintomas de dor e desconforto no ombro, resultado também verificado por Ariens et al. (2001).

Neste estudo, entre os fatores associados para os sintomas do ombro, verificaram-se as características do mobiliário e do ambiente de trabalho, fato também observado por Korhonen et al. (2003).

Em relação à pausa no trabalho, Kopardekar e Mital (1994), analisando o efeito de diferentes configurações de pausas na fadiga e no desempenho dos operadores de ajuda à lista telefônica, recomendaram a adoção de pausas de 10 minutos após 60 minutos trabalhados. Essa recomendação é consistente com os achados de Ferreira et al. (1997), que verificaram que pausas de 10 minutos após 50 minutos de trabalho diminuíam o número de casos de DORT.

Segundo Theorell (1996), a combinação entre altas demandas e baixo controle sobre o trabalho presente na central estudada configura

uma situação de estresse que pode aumentar o risco de distúrbios osteomusculares.

Neste estudo, através das associações verificadas pelos fatores de incômodo e fadiga, mostrou-se que, para o desenvolvimento dos DORT, são importantes: os aspectos relacionados com os clientes, a complexidade do trabalho, o monitoramento eletrônico e da escuta do supervisor, a pressão do supervisor, a falta de perspectiva da ascensão profissional e do reconhecimento da empresa. Estes resultados estão de acordo com Ditecco et al. (1992), Ferreira e Saldiva (2002), Glina e Rocha (2003) e Westin (1992).

Neste estudo, foi identificada a associação entre os sintomas, as características do posto de trabalho e os fatores da organização e psicossociais do trabalho, o que coincide com os resultados de Bergqvist et al. (1995), que investigaram a presença de DORT entre trabalhadores que utilizavam o computador como ferramenta de trabalho na Suécia, associados com fatores individuais, como idade; presença de filhos em casa (para mulheres) e problemas gástricos relacionados ao estresse; fatores da organização do trabalho, como tempo limitado de pausa para descanso e problemas de relacionamento entre os operadores; fatores do posto de trabalho, como postura excessivamente estática, posição inadequada de teclado, tela de computador inadequada e não utilização de suporte para os braços.

Halford e Cohen (2003), analisando fatores de risco para DORT em operadores de *telemarketing* de um banco, verificaram a presença de fatores relacionados com o uso do computador e a relação com os supervisores, com resultados semelhantes aos verificados neste estudo.

Smith (1997) propõe as seguintes recomendações sobre os aspectos psicossociais do trabalho para garantir as saúdes física e mental dos empregados: suporte da organização, participação do trabalhador, melhoria do conteúdo do trabalho, aumento do controle no trabalho, padrões de trabalho razoáveis, desenvolvimento na carreira, melhoria da socialização e características do posto de trabalho.

Em relação aos limites deste estudo, indicamos que a análise da situação de trabalho foi feita em apenas uma central de atendimento telefônico, sendo importante a análise de centrais de atendimento telefônico de empresas de diferentes ramos de atividade econômica. Outras limitações do estudo referem-se ao seu desenho transversal e ao fato da pesquisa ser baseada apenas em sintomas, sem exame físico dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

Sob a denominação genérica de 'operadores de *telemarketing*', encontram-se situações de trabalho bastante heterogêneas, que variam de acordo com as características da empresa principal, mas que sempre mantêm um controle rígido do trabalho, com pequeno número de pausas e exigências contraditórias entre o cumprimento do tempo de atendimento com a qualidade do serviço prestado. Um programa de prevenção para DORT em operadores de *telemarketing* deve incluir ações relacionadas aos postos, ao ambiente, à organização e aos fatores psicossociais do trabalho.

Tabela I – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo características sócio-demográficas e história de trabalho

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Sexo	(N=349)	p=0,000		
Feminino	263	(75,4)	161	(61,2)
Masculino	86	(24,6)	31	(31,4)
Idade	(N=351)	p=0,217		
17 a 24 anos	185	(52,7)	91	(49,2)
25 a 34 anos	97	(27,6)	56	(57,7)
35 ou mais anos	69	(19,7)	41	(59,4)
Escolaridade	(N=351)	p=0,110		
Segundo grau completo ou incompleto	53	(15,1)	26	(49,1)
Superior incompleto	170	(48,4)	84	(49,1)
Superior completo	128	(36,5)	78	(60,9)
Estado civil	(N=351)	p=0,809		
Solteiro(a)	266	(75,8)	140	(52,6)
Casado(a)/Vivendo junto	72	(20,5)	41	(56,9)
Separado(a)/Divorciado(a)	13	(3,7)	7	(53,8)
Presença de filhos	(N=351)	p=0,155		
Não	293	(83,5)	152	(51,9)
Sim	58	(16,5)	36	(62,1)
Salário	(N=351)	p=0,492		
De 240,00 a 479,00 reais	59	(16,8)	29	(49,2)
De 480,00 a 719,00 reais	205	(58,4)	108	(52,7)
720,00 reais ou +	87	(24,8)	51	(58,6)
Tempo de trabalho como operador de telemarketing	(n=348)	p=0,000		
1 a 12 meses	66	(19,0)	20	(30,3)
13 a 36 meses	120	(34,5)	61	(50,8)
37 a 60 meses	61	(17,5)	46	(75,4)
Mais de 61 meses	101	(29,0)	60	(59,4)
Tempo de trabalho na empresa	(N=350)	p=0,000		
1 a 12 meses	89	(25,4)	31	(34,8)
13 a 36 meses	105	(30,0)	55	(52,4)
37 a 60 meses	58	(16,6)	43	(74,1)
Mais de 61 meses	98	(28,0)	58	(59,2)

Tabela 2 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing*, segundo características do trabalho e hábitos de vida

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Vínculo de trabalho	(N=351)	p=0,325		
Contratado	322	(91,7)	175	(54,4)
Temporário/Estagiário	29	(8,3)	13	(44,8)
Carga horária de trabalho semanal	(N=351)	p=0,580		
30 horas semanais	08	(2,3)	5	(62,5)
36 horas semanais	335	(95,4)	180	(53,7)
40 horas semanais	08	(2,3)	3	(37,5)
Horário de início do trabalho	(N=351)	p=0,130		
Manhã	158	(45,0)	88	(55,7)
Tarde	127	(36,2)	72	(56,7)
Noite/Madrugada	66	(18,8)	28	(42,4)
Como classifica as atividades domésticas	(N= 351)	p=0,010		
Não faz	73	(20,8)	35	(48,0)
Leve	170	(48,4)	82	(48,2)
Moderada/Pesada	108	(30,8)	71	(65,7)
Hábito de fumar	(N=351)	p=0,217		
Nunca fumou	223	(63,5)	127	(57,0)
Parou de fumar	34	(9,7)	15	(44,2)
Fuma	94	(26,8)	46	(48,9)
Freqüência de ingestão de bebidas alcoólicas	(N=350)	p=0,092		
Não bebe	120	(34,2)	66	(55,0)
Bebe até uma vez por mês	152	(43,3)	88	(57,9)
Bebe pelo menos 3 vezes por semana	79	(22,5)	34	(43,0)
Realização de atividades físicas	(N=351)	p=0,145		
Não	174	(49,6)	100	(57,5)
Sim	177	(50,4)	88	(49,7)
Realização de ginástica no trabalho	(N= 351)	p=0,552		
Não	331	(94,3)	176	(53,2)
Sim	20	(5,7)	12	(60,0)

Tabela 3 – Características dos sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo de São Paulo

Características	N= 351	%
Prevalência de sintomas		
Último ano	188	(53,6)
Último mês	163	(46,4)
Última semana	135	(38,5)
Tempo de aparecimento dos sintomas*		
De 1 a 12 meses	106	(57,3)
De 13 a 24 meses	37	(20,0)
25 meses ou +	42	(22,7)
Ao longo do último ano, esse problema tem se manifestado ou se manifestou?*		
Todo os dias	61	(32,5)
Uma vez por semana	55	(29,3)
Uma vez por mês	30	(16,0)
De uma a quatro vezes no ano	42	(22,3)
Os sintomas, quando aparecem, costumam demorar:*		
Mais de 6 meses	22	(11,8)
De 8 dias a 6 meses	28	(15,0)
De 1 a 7 dias	93	(49,7)
Menos de 24 horas	44	(23,5)
Você classificaria seus sintomas como:		
Forte/Muito forte	74	(39,4)
Moderado	85	(45,2)
Leve/ Muito leve	29	(15,4)
Dias de afastamento do trabalho no último ano pelos sintomas:		
Zero	129	(70,5)
De 1 a 7 dias	33	(18,0)
De 8 a 15 dias	14	(7,7)
16 dias ou +	29	(3,8)

* N de 188 = total com presença de sintomas no último ano.

Tabela 4 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo as condições de trabalho

Características	Total Prevalência		p value	
	N	(%)	N	(%)
Ambiente de trabalho				
Condição acústica	– N=351		0.000	
Ótima/Boa	182	(51.9)	79	(43.4)
Regular	97	(27.6)	60	(61.9)
Ruim/Péssima	72	(20.5)	49	(68.1)
Iluminação	– N=351		0.002	
Ótima/Boa	243	(69.2)	117	(48.2)
Regular	86	(24.5)	53	(61.6)
Ruim/Péssima	22	(6.3)	18	(81.8)
Temperatura	– N=351		0.014	
Ótima/Boa	108	(30.8)	48	(44.4)
Regular	139	(39.6)	73	(52.5)
Ruim/Péssima	104	(29.7)	67	(64.4)
Posto de trabalho				
Cadeira	– N=351		0.000	
Ótima/Boa	167	(47.6)	72	(43.1)
Regular	126	(35.9)	73	(57.9)
Ruim/Péssima	58	(16.5)	43	(74.1)
Mesa de trabalho	– N=351		0.002	
Ótima/Boa	254	(72.4)	122	(48.0)
Regular	70	(19.9)	45	(64.3)
Ruim/Péssima	27	(7.7)	21	(77.8)
Espaço/Lay-out	– N=351		0.035	
Ótimo/Bom	261	(74.6)	130	(49.8)
Regular	65	(18.6)	41	(63.1)
Ruim/Péssimo	24	(6.9)	17	(70.8)
Instrumento de trabalho	– N=351		0.001	
Ótimo/Bom	221	(63.0)	105	(47.5)
Regular	99	(28.2)	58	(58.6)
Ruim/Péssimo	31	(8.8)	25	(80.6)

(continua)

Tabela 4 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo as condições de trabalho (continuação)

Características	Total Prevalência		p value	
	N	(%)	N	(%)
Organização do trabalho				
Número de funcionários	– N=320		0.019	
Suficiente	73	(22.8)	30	(41.1)
Insuficiente	247	(77.2)	140	(56.7)
Treinamento	– N=343		0.034	
Suficiente	237	(69.1)	116	(49.0)
Insuficiente	196	(30.9)	65	(61.3)

* Chi-quadrado de Pearson

Tabela 5 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de incômodo ou de fadiga no trabalho

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Postura desconfortável no trabalho	(N=350)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	139	(39,7)	103	(74,1)
Às vezes	113	(32,3)	54	(47,8)
Nunca/ Raramente	98	(28,0)	31	(31,6)
Instrumentos de trabalho inadequados	(N=350)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	75	(21,4)	52	(69,3)
Às vezes	121	(34,6)	73	(60,3)
Nunca/ Raramente	154	(44,0)	63	(40,9)
Falta de autonomia da Central perante a empresa	(N=350)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	135	(38,6)	89	(65,9)
Às vezes	137	(39,1)	69	(50,4)
Nunca/ Raramente	78	(22,3)	29	(37,2)
Pequeno número de pausas	(N=350)		p=0,080	
Sempre/ Frequentemente	235	(66,9)	135	(57,5)
Às vezes	83	(23,7)	40	(48,2)
Nunca/ Raramente	33	(9,4)	13	(39,4)

(continua)

Tabela 5 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de incômodo ou de fadiga no trabalho (continuação)

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Falta de controle sobre os horários de pausas	(N=350)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	73	(20,9)	50	(68,5)
Às vezes	97	(27,7)	64	(65,9)
Nunca/ Raramente	180	(51,4)	74	(41,1)
Pressão da fila de espera	(N=349)		p=0,127	
Sempre/ Frequentemente	256	(73,4)	142	(55,5)
Às vezes	48	(13,7)	28	(58,3)
Nunca/ Raramente	45	(12,9)	18	(40,0)
Volume de informações a processar	(N=351)		p=0,061	
Sempre/ Frequentemente	185	(52,7)	110	(59,5)
Às vezes	98	(27,9)	45	(45,9)
Nunca/ Raramente	68	(19,4)	33	(48,5)
Usuários não-objetivos que alongam o tempo da ligação	(N=351)		p=0,004	
Sempre/ Frequentemente	217	(61,8)	130	(59,9)
Às vezes	105	(29,9)	42	(40,0)
Nunca/ Raramente	29	(8,3)	16	(55,2)
Multiplicidade das solicitações dos clientes	(N=351)		p=0,019	
Sempre/ Frequentemente	170	(48,4)	103	(60,6)
Às vezes	109	(31,1)	55	(50,5)
Nunca/ Raramente	72	(20,5)	30	(41,7)
Pressão do supervisor	(N=350)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	114	(32,5)	79	(69,3)
Às vezes	102	(29,1)	48	(47,1)
Nunca/ Raramente	135	(38,5)	61	(45,1)
“Clima” interno de injustiça	(N=348)		p=0,001	
Sempre/ Frequentemente	134	(38,5)	89	(66,4)
Às vezes	104	(29,9)	51	(49,0)
Nunca/ Raramente	110	(31,6)	48	(43,6)

(continua)

Tabela 5 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de incômodo ou de fadiga no trabalho

(continuação)

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Sistema de avaliação da empresa	(N=349)		p=0,041	
Sempre/ Frequentemente	141	(40,4)	87	(61,7)
Às vezes	114	(32,7)	58	(50,9)
Nunca/ Raramente	94	(26,9)	43	(45,7)
Falta de perspectiva de ascensão funcional	(N=350)		p=0,009	
Sempre/ Frequentemente	221	(63,1)	131	(59,3)
Às vezes	77	(22,0)	38	(49,4)
Nunca/ Raramente	52	(14,9)	19	(36,5)
Falta de autonomia no trabalho	(N=348)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	156	(44,8)	101	(64,7)
Às vezes	107	(30,8)	54	(50,5)
Nunca/ Raramente	85	(24,4)	31	(36,5)
Falta de reconhecimento pela empresa	(N=350)		p=0,001	
Sempre/ Frequentemente	196	(56,0)	122	(62,2)
Às vezes	93	(26,6)	43	(46,2)
Nunca/ Raramente	61	(17,4)	23	(37,7)
Ser “visto/tratado” como máquina	(N=350)		p=0,005	
Sempre/ Frequentemente	192	(54,9)	113	(58,8)
Às vezes	85	(24,3)	48	(56,5)
Nunca/ Raramente	73	(20,9)	27	(37,0)
“Clima” de ambigüidade/ Falta de clareza nas atribuições	(N=350)		p=0,001	
Sempre/ Frequentemente	118	(33,7)	75	(63,6)
Às vezes	106	(30,3)	62	(58,5)
Nunca/ Raramente	126	(36,0)	51	(40,5)
Não ter meios para extravasar tensões que surgem no trabalho	(N=349)		p=0,000	
Sempre/ Frequentemente	169	(48,4)	108	(63,9)
Às vezes	97	(27,8)	48	(49,5)
Nunca/ Raramente	83	(23,8)	32	(38,6)

(continua)

Tabela 5 – Prevalência de sintomas em ombros em operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de incômodo ou de fadiga no trabalho (continuação)

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Monitoramento de suas atividades pelo sistema	(N=350)		p=0,008	
Sempre/ Frequentemente	111	(31,7)	72	(64,9)
Às vezes	108	(30,9)	57	(52,8)
Nunca/ Raramente	131	(37,4)	59	(45,0)
Monitoramento pelo supervisor (Escuta)	(N=349)		p = 0,008	
Sempre/ Frequentemente	118	(33,8)	71	(60,2)
Às vezes	103	(29,5)	62	(60,2)
Nunca/ Raramente	128	(36,7)	55	(43,0)
A aplicação da ISO 9000 pela empresa	(N=350)		p=0,006	
Sempre/ Frequentemente	141	(40,3)	89	(63,1)
Às vezes	85	(24,3)	45	(52,9)
Nunca/ Raramente	124	(35,4)	54	(43,6)

Tabela 6 – Prevalência de sintomas em ombros de operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de satisfação no trabalho

Características	Total		Prevalência p	
	N	(%)	N	(%)
Como se sente, em geral, em relação ao trabalho?	(N=351)		p=0,000	
Satisfeito(a)	189	(53,8)	77	(40,7)
Insatisfeito(a)	162	(46,2)	111	(68,5)
Horário diário de trabalho de 6 horas	(N=350)		p=0,042	
Nunca/ Raramente	13	(3,7)	8	(61,5)
Às vezes	64	(18,3)	43	(67,2)
Sempre/ Frequentemente	273	(78,0)	137	(50,2)
Qualidade da empresa-mãe	(N=351)		p=0,000	
Nunca/ Raramente	46	(13,1)	38	(82,6)
Às vezes	83	(23,7)	53	(63,9)
Sempre/ Frequentemente	222	(63,2)	97	(43,7)
Qualidade do sistema	(N=350)		p=0,002	
Nunca/ Raramente	49	(14,0)	31	(63,3)
Às vezes	160	(45,6)	97	(60,6)
Sempre/ Frequentemente	142	(40,4)	60	(42,3)

(continua)

Tabela 6 – Prevalência de sintomas em ombros de operadores de *telemarketing* de empresa de transporte aéreo, segundo os fatores de satisfação no trabalho (continuação)

Características	Total	Prevalência p		
Possibilidade de sentir-se útil	(N=351)	p=0,000		
Nunca/ Raramente	77	(22,0)	53	(68,8)
Às vezes	103	(29,3)	61	(59,2)
Sempre/ Frequentemente	171	(48,7)	74	(43,3)
Sentimento de auto-realização no trabalho	(N=351)	p=0,000		
Nunca/ Raramente	131	(37,3)	85	(64,9)
Às vezes	120	(34,2)	68	(56,7)
Sempre/ Frequentemente	100	(28,5)	35	(35,0)
Cooperação entre os colegas	(N=351)	p=0,052		
Nunca/ Raramente	18	(5,1)	14	(77,8)
Às vezes	70	(19,9)	41	(58,6)
Sempre/ Frequentemente	263	(74,9)	133	(50,6)
Relacionamento com os supervisores	(N=351)	p=0,001		
Nunca/ Raramente	70	(19,9)	47	(67,1)
Às vezes	108	(30,8)	65	(60,2)
Sempre/ Frequentemente	173	(49,3)	76	(43,9)
Brincadeiras que ocorrem durante o trabalho	(N=349)	p=0,597		
Nunca/ Raramente	37	(10,6)	17	(46,0)
Às vezes	79	(22,6)	44	(55,7)
Sempre/ Frequentemente	233	(66,8)	126	(54,1)
Manifestação de reconhecimento por parte dos clientes	(N=350)	p=0,108		
Nunca/ Raramente	75	(21,4)	42	(56,0)
Às vezes	115	(32,9)	69	(60,0)
Sempre/ Frequentemente	160	(45,7)	76	(45,7)

REFERÊNCIAS

ARIENS, G. A. M. et al. Are neck flexion, neck rotation and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective study. **Occup Environ Med.**, v. 58, p. 200-207, 2001.

BERGQVIST, U. Musculoskeletal disorders among visual display terminal workers: individual, ergonomic, and

work organizational factors. **Ergonomics**, v. 38, n. 4, p. 763-776, 1995.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO**. Brasília, DF, 1994.

DEVEREUX, J. J.; VLACHONIKOLIS, I. G.; BUCKLE, P. W. Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder

of the neck and upper limb. **Occupational Environmental Medicine**, v. 59, p. 269-277, 2002.

DITECCO D. et al. Operator stress and monitoring practices. **Applied Ergonomics**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 1992.

FAUCETT, J.; REMPEL, D. VDT-related musculoskeletal symptoms: interactions between work posture and psychosocial work factors. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 26, p. 597-612, 1994.

FERREIRA JÚNIOR M.; CONCEIÇÃO G. M. S.; SALDIVA, P. H. N. Work organization is significantly associated with upper extremities musculoskeletal disorders among employees engaged in interactive computer-telephone tasks of an International Bank subsidiary in São Paulo, Brazil. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 31, p. 468-473, 1997.

FERREIRA JÚNIOR M.; SALDIVA, P. H. N. Computer-telephone interactive tasks: predictors of musculoskeletal disorders according to work analysis and workers perception. **Applied Ergonomics**, v. 33, p. 147-153, 2002.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, p. 34-42, 2003.

GUÉRIN, F. et al. **Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'érgonomie**. Montrouge: Editions de L'ANACT, 1991.

HAGBERG M. et al. **Work-related musculoskeletal disorders (WMSD): a handbook for prevention**. London: Taylor and Francis, 1994.

HALES, T. R. Musculoskeletal disorders among visual display terminal users in a telecommunications company. **Ergonomics**, v. 37, n. 10, p. 1603-1621, 1994.

HALFORD, V.; COHEN, H. H. Technology use and psychosocial factors in the self-reporting of musculoskeletal disorder symptoms in call center workers. **Journal Safety Research**, v. 34, n. 2, p. 167-173, 2003.

HOESKSTRA, E.; HURRELL, J.; SWANSON, N. Evaluation of work-related musculoskeletal disorders and job stress among teleservice center representatives. **Applied Occupational Environmental Hygiene**, v. 10, n. 10, p. 812-817, 1995.

KOPARDEKAR, P.; MITAL, A. The effect of different work-rest schedules on fatigue and performance of a simulated directory assistance operator's task. **Ergonomics**, v. 37, n. 10, p. 1697-1707, 1994.

KORHONEN, T. et al. Work related and individual predictors for incident neck pain among Office employees working with video display units. **Occup Environ Med**, v. 60, p. 475-82, 2003.

KUORINKA I. et al. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, v. 18, p. 233-237, 1987.

MARCUS, M. et al. A prospective study of computer users: II Postural risk factors for musculoskeletal symptoms and disorders. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 41, p. 236-249, 2002.

MOST, I. G. Psychosocial elements in the work environment of a large call center operations. **Occupational Medicine: State of the Art Reviews**, v. 14, n. 1, p. 135-147, 1999.

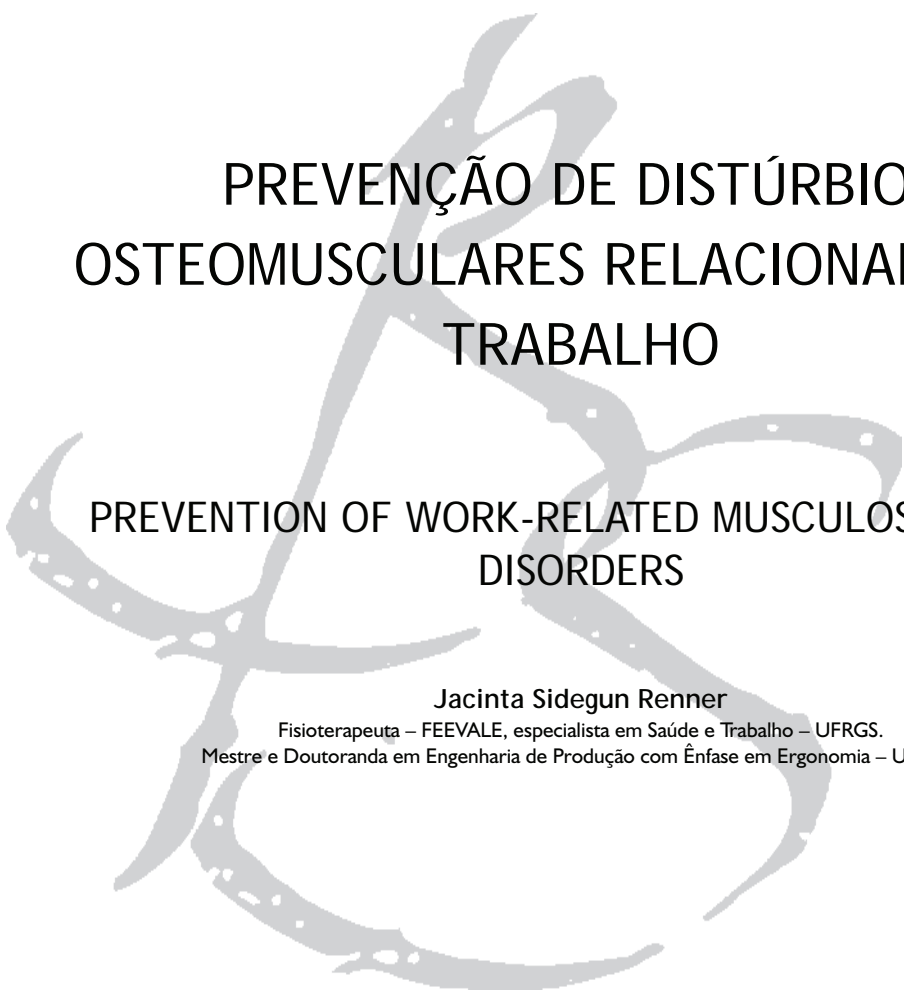
ONG C. N. et al. Musculoskeletal disorders among operators of visual display terminals. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, v. 21, p. 60-64, 1995.

PUNNETT, L.; BERGQVIST, U. Musculoskeletal disorders in visual display unit work: gender and work demands. **Occupational Medicine: State of the Art Reviews**, v. 14, n. 1, p. 113-124, 1999.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DE TELEMARKETING. **Trabalho e saúde dos trabalhadores em telemarketing**. São Paulo, 2001.

SMITH, M. J. Psychosocial aspects of working with video displays terminals (VDTs) and employee physical and mental health. **Ergonomics**, v. 40, p. 1002-1015, 1997.

- SOUZA, M. F. M. **Um estudo da prevalência e risco para lesões por esforços repetitivos (LER/DORT) entre trabalhadoras e trabalhadores em processamento de dados bancários.** 1999. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- STARR, S. J.; THOMPSON, C. R.; SHUTE, S. J. Effects of video display terminals on telephone operators. **Human Factors**, v. 24, n. 6, p. 699-711, 1982.
- THEORELL, T. **Disorders in office work.** London: Bristol Taylor Francis, 1996.
- WESTIN, A. F. Two key factors that belong in a macro-ergonomic analysis of electronic monitoring: employee perceptions of fairness and the climate of organizational trust or distrust. **Applied Ergonomics**, v. 23, n. 1, p. 35-42, 1992.



PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO

PREVENTION OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Jacinta Sidegun Renner

Fisioterapeuta – FEEVALE, especialista em Saúde e Trabalho – UFRGS.
Mestre e Doutoranda em Engenharia de Produção com Ênfase em Ergonomia – UFRGS.

RESUMO

Neste artigo, pretende-se abordar alguns aspectos relacionados a posturas no trabalho, de modo a instrumentalizar o leitor a respeito da importância dos cuidados quanto às posturas adotadas durante as atividades de trabalho e ao manuseio e transporte de cargas, utilizando, como principal ferramenta preventiva, a visão da ergonomia. Os distúrbios posturais, para melhor efeito didático, serão abordados, neste artigo, de acordo com os segmentos mais afetados por dores e desconforto posturais, entre eles: as cervicalgias (dores na região cervical) e lombalgias (dores na região lombar), além da identificação das causas, conseqüências e estratégias preventivas que podem ser adotadas para diminuição da incidência desses distúrbios.

PALAVRAS-CHAVE

Ergonomia, LER/DORT, fadiga muscular, doenças ocupacionais.

ABSTRACT

In this article we discuss some aspects related to occupational postures to provide the reader with information regarding the importance of paying attention to the postures adopted during work-related activities and handling of loads employing ergonomics as the main preventive tool. For didactic reasons, postural disorders are approached in this article according to the segments most commonly afflicted by postural pains and discomfort: cervicalgia (pain in the cervical region) and lumbar pain. We also identify the causes, consequences and preventive strategies that may be adopted in order to decrease the incidence of such disorders.

KEY WORDS

Ergonomics, RSI/WMSD, muscle fatigue, occupational diseases.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios e problemas músculo-esqueléticos encontram-se, atualmente, no topo dos indicadores de doenças ocupacionais, quando se enfocam as perturbações na saúde dos trabalhadores. Independentemente do tipo de atividade ou do produto fabricado, do processo e organização do trabalho, as estruturas músculo-esqueléticas passam a ser alvo freqüente de agressões. As causas dessas agressões são diversas, considerando desde posturas críticas adotadas durante a jornada até fatores psicossociais e emocionais que acabam por acarretar posturas de proteção (posturas estáticas prolongadas).

A maioria dos distúrbios ocupacionais pode ser solucionada com medidas simples como a adaptação do posto de trabalho e a adoção de posicionamentos mais funcionais e menos agressivos. No entanto, as estratégias preventivas passam pela educação em saúde (prevenção primária), que tem o foco centrado na reeducação postural e gestual no trabalho – sendo imprescindível a compreensão e a assimilação individual a respeito desses cuidados no dia a dia. Outra estratégia preventiva, mais ampla, é a adoção de critérios de ergonomia que visam não somente a melhoria dos postos de trabalho, mas também a eliminação/amenização de fatores como transporte e manuseio de cargas, amenização dos movimentos repetitivos, a reorganização do ambiente e do processo de modo a eliminar as posturas e movimentos críticos. Independentemente dos fatores que causam a dor e o desconforto no trabalho, torna-se imprescindível que, tanto

a empresa quanto os trabalhadores, estejam cientes de que é impossível produzir bem e com qualidade quando a dor e o desconforto passam a estar presentes no dia a dia dos trabalhadores.

Entre os distúrbios ocupacionais, encontram-se altos índices de perturbações posturais. Os distúrbios posturais, para melhor efeito didático, serão abordados neste artigo, de acordo com os segmentos mais afetados por dores e desconforto posturais, entre eles: as cervicalgias (dores na região cervical) e lombalgias (dores na região lombar), além da identificação das causas, conseqüências e estratégias preventivas que podem ser adotadas para diminuição da incidência desses distúrbios.

ERGONOMIA E FISIOTERAPIA NO TRABALHO: ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Uma das questões que atualmente mais intrigam no mundo do trabalho é a existência, cada vez maior, da DOR. Mais intrigante ainda: o evento DOR pouco é questionado, ou seja, de modo geral, não se procura o entendimento das causas da dor; ela existe e procura-se tratá-la, sem, no entanto, buscar soluções efetivas que eliminem a dor do trabalho. Partindo do pressuposto de que é impossível um trabalhador produzir bem, com qualidade, sentindo dor e desconforto, torna-se imprescindível, para o bem dos trabalhadores e para a sobrevivência das empresas, eliminar a dor do trabalho. Uma das melhores estratégias para a eliminação da

dor é a implantação de um processo de ergonomia, mais eficaz se associado a um programa de fisioterapia preventiva e profilática.

A ergonomia é uma ciência que busca melhorias nos ambientes de trabalho de modo a manter a saúde e a capacidade produtiva. O principal objetivo da ergonomia é adaptar o trabalho ao ser humano, em vez do ser humano ao trabalho. Neste capítulo, pretende-se abordar alguns aspectos relacionados a posturas no trabalho, de modo a instrumentalizar o leitor a respeito da importância dos cuidados quanto às posturas adotadas durante as atividades de trabalho e ao manuseio e transporte de cargas, utilizando como principal ferramenta preventiva a visão da ergonomia.

A fisioterapia preventiva e profilática vem a ser um conjunto de ações que visam, fundamentalmente, atuar na amenização das causas das dores e desconfortos no trabalho. Quando se trata de distúrbios ocupacionais, a fisioterapia vem a ser um complemento da ergonomia na orientação de posturas e movimentos mais funcionais e menos críticos a serem adotados durante as atividades de trabalho. As orientações devem ser individuais, considerando o *modus operandi* de cada trabalhador, assim como orientações para a prática de exercícios preventivos e compensatórios que permitam o relaxamento das estruturas músculo-esqueléticas mais utilizadas. É imprescindível que o fisioterapeuta, em qualquer que seja a abordagem preventiva, estimule constantemente a percepção corporal e a consciência postural, pois o sucesso das demais estratégias dependerá, essencialmente, da importância e da compreensão que o indivíduo tem do seu corpo.

FADIGA MUSCULAR E LER/DORT

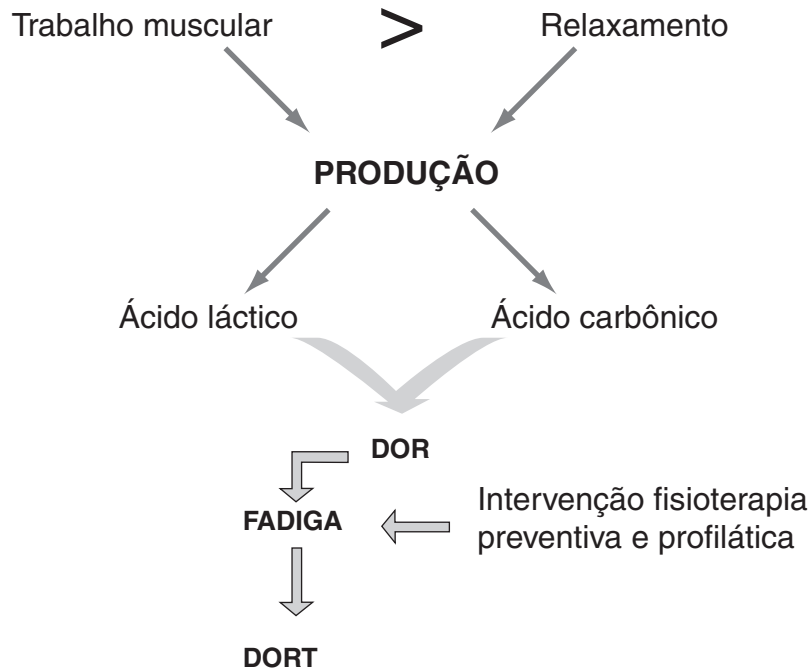
Ao longo dos últimos anos, a atenção à saúde do trabalhador tem sido direcionada para a resolução de LER/DORT. No entanto, em muitos casos, ignora-se a presença da fadiga muscular como um fator que antecede as LER/DORT. Esse fato tem gerado alguns constrangimentos, uma vez que os sintomas iniciais de LER/DORT são os mesmos da fadiga muscular, e nem sempre o diagnóstico diferencial é claro e preciso.

Os principais fatores que induzem à fadiga muscular é trabalho repetitivo, trabalho muscular estático, posturas e gestos críticos. As posturas críticas geralmente estão associadas a postos de trabalho mal projetados, que não permitem um posicionamento anatômico e fisiológico adequado, assim como podem estar associadas a movimentos de flexão e rotação do tronco (movimentos críticos para formação de hérnia discal).

Os sintomas de um trabalhador com fadiga muscular, ao mesmo tempo que são facilmente identificáveis, também são facilmente confundidos. Sabe-se que a fadiga muscular é o evento que sinaliza o início das alterações músculo-esqueléticas, causando sintomas como dor, sensação de cansaço, peso e formigamento nos membros superiores. Os sintomas são semelhantes aos causados pelo processo inflamatório – as tendinites. No entanto, a fadiga muscular apresenta fácil retrocesso, se for tratada em tempo hábil, ou seja, antes da instalação do processo inflamatório.

O processo de fadiga muscular esquematizado abaixo identifica as alterações bioquímicas que o acompanham.

Fadiga Muscular:



Torna-se importante salientar que a fadiga muscular, quando não prevenida ou tratada, pode acabar gerando disfunções músculo-esqueléticas que comprometem a funcionalidade e a capacidade produtiva – as LER/DORT.

Um dos fatores que induzem às LER/DORT é o trabalho muscular estático, caracterizado pela permanência na mesma posição por determinado período de tempo. Se ao trabalho muscular estático for acrescida carga (peso), há uma propensão maior e indução mais rápida à fadiga e às lesões do sistema músculo-esquelético. É importante considerar que o músculo que faz trabalho estático não recebe energia nem oxigênio do sangue, e deve usar suas próprias reservas. Além disso (e isso talvez seja o maior prejuízo), os resíduos metabólicos não são retirados, ao contrário,

acumulam-se e causam a aguda dor da fadiga muscular (GRANDJEAN, 1998).

Em linhas gerais, segundo Grandjean (1998), seguem alguns exemplos de esforço muscular estático:

- trabalhos nos quais existe movimentação de tronco para frente ou para os lados;
- trabalho com os braços parados a favor da gravidade;
- manipulação que exige braços esticados na horizontal (consertos, manutenção);
- colocar o peso do corpo numa perna, enquanto a outra está acionando um pedal;

- ficar de pé em um local por longo período de tempo;
- levantar e carregar pesos.

Considerando o melhor posicionamento do corpo a fim de prevenir a fadiga muscular, a postura neutra deve ser mantida sempre que possível. Postura neutra é aquela que não exige esforço da musculatura e das articulações, contra-atuando com a gravidade. Um exemplo típico de postura forçada a favor da gravidade é a posição da coluna fletida (para frente) quando se quer levantar algum objeto do chão, ou quando se executa um trabalho no qual seja necessária a permanência nesta posição por alguns minutos ou mais.

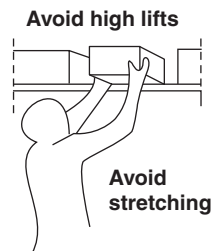


Figura 3 – Exemplos de más posturas em que as articulações não estão na posição neutra: braços erguidos, cabeça e coluna cervical abaixadas e tronco flexionado anteriormente.

POSTURAS PREJUDICIAIS NO TRABALHO QUE AFETAM A REGIÃO CERVICAL

De modo geral, algumas posturas e movimentos devem ser evitados, tanto no trabalho quanto nas atividades cotidianas. Os movimentos que podem ser prejudiciais à coluna, principalmente quando repetidos muitas vezes, são: os movimentos rotacionais de tronco; as flexões para frente e para os lados; os movimentos de extensão (esticar a coluna para trás); ficar muito tempo parado, sentado ou posicionado do mesmo modo e lugar (postura estática). Outro fator que compromete a saúde da coluna é o manuseio e transporte de cargas (pesos), principalmente quando esse é realizado de forma manual.

As perturbações de ordem postural na região cervical tendem a ter relação com as exigências da atividade de trabalho. Como exemplo, pode-se citar os trabalhos que exigem alta acuidade visual e motricidade fina (trabalhos com movimentação de dedos e mãos). Nestas atividades que necessitam boa visualização, existe a tendência de aproximar a cabeça e fletir (anteriorizar) a coluna cervical, aproximando os olhos do objeto (produto a ser fabricado).

Outro fator relevante para dores na região cervical são os distúrbios de ordem emocional, pois a tensão emocional e a tensão muscular têm estreita relação. Pode-se ilustrar esse fato quando identificamos que estamos tensos ou preocupados com algo, e acabamos por contrair as musculaturas do pescoço e da região cervical, embora o indivíduo, geralmente, não perceba de forma consciente a permanência

da musculatura em contração. Essa contração muscular se configura como estática e acaba comprometendo a região, de modo a se instalar a dor e desconforto.

POSTURAS PREJUDICIAIS NO TRABALHO QUE AFETAM A REGIÃO LOMBAR

Durante as atividades de trabalho, diversas posturas podem ser adotadas. No entanto, as posturas mais utilizadas durante toda a jornada são as posturas sentada ou em pé. A alternância postural, promovendo a posição, ora sentada, ora em pé, quando se considera a necessidade natural do organismo de mudança postural, deve ocorrer sempre que necessário, ou seja, toda vez que o organismo solicitar a mudança. Os sinais para solicitação são emitidos e sentidos pelo corpo através de sensações de desconforto, cansaço, formigamento e outros sintomas. Considerando a visão da ergonomia, ciência multidisciplinar que busca o conforto, o bem-estar e a saúde do trabalhador, sempre que forem sentidos indícios de fadiga muscular, o trabalhador deve mudar de posicionamento. A mudança de posicionamento, no mesmo posto de trabalho, pode e deve ser realizada com frequência. No entanto, isso só é possível se o posto de trabalho estiver projetado para permitir a alternância postural.

O ideal em qualquer posto de trabalho é que se permita a alternância postural, ora em pé, ora sentado. Sempre que possível, deve ser realizado um estudo de ergonomia que identifique as características da atividade de trabalho como: alcances (necessidade de esticar os braços para alcançar alguma ferramenta de trabalho); esforço físico; necessidade de acuidade visual (enxergar

de perto a realização da tarefa). Esses são alguns dos fatores que, durante as atividades de trabalho, vão indicar o melhor posicionamento. Como regra geral, trabalhos que exigem motricidade fina e acuidade visual são realizados na postura sentada, e os que exigem esforço físico, movimentos amplos do corpo com deslocamentos freqüentes são realizados na postura em pé.

Muitas vezes, projetos inadequados de máquinas, assentos ou bancadas de trabalho obrigam o trabalhador a usar posturas inadequadas. Se essas forem mantidas por um longo tempo, podem provocar fortes dores localizadas naquele conjunto de músculos solicitados na conservação dessas posturas (IIDA, 1990).

Segundo Iida (1990), em muitas situações de trabalho é necessário inclinar a cabeça para frente para se ter melhor visão, como nos casos de pequenas montagens, inspeção de peças com pequenos defeitos ou o ato de costurar, que envolve motricidade fina. Essas necessidades geralmente ocorrem quando: o assento é muito alto; a mesa é muito baixa; a cadeira está longe do trabalho que deve ser fixado visualmente ou há alguma necessidade específica, como no caso do microscópio. Essa postura provoca fadiga rápida nos músculos do pescoço e do ombro, devido, principalmente, ao movimento (torque) provocado pela cabeça, que tem um peso relativamente elevado (4 a 5 kg).

Um dos principais cuidados que todo indivíduo deve ter, quer seja no trabalho, quer seja fora dele, é a manutenção da postura neutra sempre que possível. Um exemplo de postura neutra é a postura ereta, ou seja, com a coluna alinhada. Se fosse passado um “fio de prumo” identificando a posição neutra do corpo quando na postura em pé, o fio passaria imediatamente à frente da orelha, pelo meio do ombro, ao lado

dos joelhos e terminaria imediatamente à frente do calcanhar. Nesta posição, tem-se menos trabalho muscular, uma vez que nenhuma parte do corpo encontra-se fora do alinhamento, ou seja, a favor da gravidade.

Se muitos trabalhos exigem a permanência do sujeito em pé, outros induzem à postura estática sentada. Conforme Oliver e Meddleditch (1998), há uma crescente tendência para pessoas despenderem longas horas na posição sentada, quer durante ocupações profissionais, quer com o propósito de recreação. A permanência na postura sentada é característica de trabalhos de escritório, os quais, com o advento do computador, escravizaram o sujeito à sua mesa. Apesar da postura sentada ser mais favorável do que em pé, um grande número de pessoas que sofrem de dores na região dorsal considera que essa postura agrava o seu problema. Segundo a literatura (GRANDJEAN, 1998), nem a postura em pé nem a sentada são ideais durante a jornada de trabalho. O ideal é a alternância postural.

Considerando os trabalhos realizados na posição sentada, encontra-se menor trabalho muscular quando as costas estão apoiadas sobre o encosto da cadeira, a cabeça está alinhada com a coluna e os pés tocam o chão (senão, é necessário utilizar apoio para os pés). Quando este posicionamento não é possível, deve-se ter orientações para a reorganização do posto de trabalho, de forma que esse permita um posicionamento adequado (RENNER, 2002).

MANUSEIO E TRANSPORTE DE CARGAS

O manuseio e o transporte de cargas é um dos fatores que predispõe os trabalhado-

res a lesões e desgastes na coluna vertebral e estruturas músculo-esqueléticas, principalmente, quando os processos industriais ainda são rudimentares e o transporte de cargas e materiais ainda é realizado de forma manual. A origem desses problemas, em geral, está correlacionada ao peso do material transportado, que tende a sobrecarregar as estruturas músculo-esqueléticas e os discos intervertebrais. Nas indústrias nas quais ocorre transporte e manuseio de cargas, a região da coluna mais afetada, geralmente, é a lombar (corresponde aos cinco últimos discos e vértebras da coluna). Os sintomas como dor/desconforto, quando ocorrem nesta região, são chamados de lombalgias.

Um dos caminhos para encontrar soluções para as causas das perturbações músculo-esqueléticas no trabalho é um estudo de ergonomia que busque eliminar do processo a atividade de transporte manual de cargas, a alta repetitividade, as posturas e gestos críticos. A coluna é uma estrutura que não suporta sobrecarga de peso sem que ocorra, ao longo do tempo, um desgaste das estruturas ósseas, articulares e dos discos intervertebrais. Desta forma, através da ergonomia, tem-se um olhar preventivo que elimina o problema na sua base. Sempre que possível, o transporte deve ser realizado com máquinas/equipamentos como empilhadeiras, carrinhos de transporte pneumáticos e/ou elétricos, podendo, também, conforme o tipo de material, ser transportado através de um sistema de esteira.

Sintetizando os conceitos abordados neste artigo, ressalta-se a necessidade dos cuidados com o corpo, não somente no trabalho, mas também fora dele. A incidência de dores/distúrbios músculo-esqueléticos, na maioria dos

ambientes de trabalho, se deve a três fatores: o manuseio e o transporte de cargas realizados de forma manual; as posturas críticas, como rotação e flexão de tronco, e as posturas estáticas (prolongadas e mantidas), e a frequência (repetitividade dos mesmos movimentos) durante as atividades de trabalho.

REFERÊNCIAS

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. Porto Alegre: Bookman, 1998. 338 p.

IIDA, Itiro. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1990. 465 p.

OLIVER, J.; MIDDLEDITCH, A. **Anatomia funcional da coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

RENNER, Jacinta S. **Custos posturais nos posicionamentos em pé, em pé/sentado e sentado nos postos de trabalho do setor costura na indústria calçadista**. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 206 p.

TRATAMENTOS EM LER/DORT: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR II: ABORDAGEM PSICOTERÁPICA GRUPAL

RSI/WMSD TREATMENT: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH II: GROUP PSYCHOTHERAPIC APPROACH

Maria da Graça Jacques

Psicóloga, professora e pesquisadora do Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS

RESUMO

Este artigo tem por objetivo salientar a importância do estudo de aspectos psicossociais na prevenção, no diagnóstico ou na intervenção terapêutica dos casos de LER/DORT. Constata-se, nos casos das LER/DORT, a ocorrência concomitante de diversos sintomas psíquicos, em geral de caráter depressivo. As evidências de sofrimento mental entre portadores de LER/DORT justificam a proposição de acompanhamento psicológico concomitante como tratamento complementar. Este estudo também resgata os Grupos Temáticos, Grupos de Intervenção e Grupos de Ação Solidária, modalidades sequenciais de tratamento através da abordagem grupal com enquadres e objetivos diferenciados.

PALAVRAS-CHAVE

Psicoterapia de grupo, LER/DORT, saúde ocupacional, terapias ocupacionais, doenças ocupacionais.

ABSTRACT

This article intends to highlight the importance of studying the psycho-social aspects related to the prevention, diagnosis or therapeutic intervention in RSI/WMSD. In cases of RSI/WMSD, we verify the simultaneous occurrence of several psychological symptoms, usually of a depressive nature. The evidence of mental distress among RSI/WMSD patients justifies the proposition of psychological therapy as a concurring complementary treatment. This study also discusses the work of Theme Groups, Intervention Groups and Solidary Action Groups, varieties of sequential treatment through group approaches with different perspectives and objectives.

KEY WORDS

Group psychotherapy, RSI/WMSD, occupational health, occupational therapy, occupational diseases.

No campo da saúde do trabalhador de modo geral e, especificamente, no que se refere a patologias agrupadas como LER/DORT, os aspectos psicossociais não podem ser menosprezados, seja na prevenção, seja no diagnóstico ou na intervenção terapêutica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os vínculos entre os fatores psicossociais e as LER/DORT não estão ainda totalmente esclarecidos. As publicações e edições de normas técnicas citam alguns estudos que apontam para a associação entre o limiar da dor e altos índices de exigências psicológicas e de poder de decisão no trabalho, o que bloqueia a manifestação da dor como sinal de alerta. No entanto, o pouco poder de decisão contribui para o desenvolvimento da frustração no trabalho, o que torna os indivíduos mais sensíveis à dor.

Tais constatações não significam atribuir uma origem psicogênica para as LER/DORT, mas apontam para a dimensão subjetiva presente na relação entre o trabalhador (o psicológico e o individual) e o contexto de trabalho. Além disso, o conjunto das LER/DORT inclui afecções que têm sua origem não em um agente externo, mas em uma ação, o que pressupõe o envolvimento de um indivíduo que a executa (SATO et al., 1997). Ainda, a sua frequência entre trabalhadores que “vestem a camiseta da organização” (LIMA, 1997), evidencia, também, a importância na gênese dessas patologias da ética do trabalho, presente no imaginário social e institucional, que atribui ao trabalho e ao ser trabalhador um valor positivo.

Além disso, a dimensão psicológica acompanha a manifestação de qualquer doença com expressão orgânica ou não. Constata-se, nos casos das LER/DORT, a ocorrência concomitante de sintomas psíquicos, em geral de caráter

depressivo, associados à invisibilidade da doença, à incerteza no diagnóstico, no tratamento e na cura, aos limites impostos na vida diária e no trabalho decorrentes, à incorporação de uma ideologia de auto-culpabilidade, entre outros aspectos relacionados com sentimentos de desvalia, insegurança, inconformismo, medo e fantasias inconscientes.

As evidências de sofrimento mental entre portadores de LER/DORT justificam a proposição de acompanhamento psicológico concomitante como tratamento complementar. As experiências relatadas (por exemplo, HOEFEL et al.; HOEFEL; MÉROLA, BIANCHESSI, 2003; LIMA; OLIVEIRA, 1995; MERLO; JACQUES; HOEFEL, 2001; SATO et al., 1993), priorizam as abordagens grupais que têm se mostrado mais abrangentes ao extrapolar a esfera terapêutica da clínica individual e permitirem, entre outros aspectos, compartilhar as vivências e experiências de convívio com os sintomas dos quadros de LER/DORT e a construção coletiva de alternativas de enfrentamento e de apoio, bem como focalizar a análise coletiva dos processos e relações de trabalho que lhe são determinantes.

Hoefel et al. (no prelo) propõem os chamados Grupos Temáticos, Grupos de Intervenção e Grupos de Ação Solidária como modalidades sequenciais de tratamento através da abordagem grupal. São abordagens com enquadres e objetivos diferenciados.

Os Grupos Temáticos são grupos com um número fixo de reuniões e são utilizadas técnicas grupais para facilitar a emergência de conteúdos para discussão. Têm caráter basicamente informativo, objetivos operacionais definidos, abrangem um número extensivo de portadores de LER/DORT e servem de introdução prévia

para a participação em outras modalidades de acompanhamento grupal.

Os Grupos de Intervenção se fundamentam teoricamente nas propostas de grupo operativo (PICHÓN, 1988) e de grupo como dispositivo (BARROS, 1997), com temas em aberto a partir das proposições do próprio grupo. Objetivam a construção de um fazer coletivo e uma reflexão crítica sobre as relações que se estabelecem em função das limitações decorrentes das LER/DORT, sobre os obstáculos frente às mudanças e sobre as ansiedades, medos e perdas associadas e recorrentes. Estimula-se uma progressiva autonomia do grupo e sua inserção em espaços sociais como sindicatos, associações de classe, instituições religiosas, ONGs, entre outros, que permitam a constituição de Grupos de Ação Solidária.

Esta última modalidade se fundamenta no pressuposto de que as atividades com grupos contêm um potencial que permite a proposição de objetivos que não se restringem à abordagem terapêutica circunscrita à sintomatologia incapacitante decorrente das LER/DORT. Tal potencial se refere à solidificação de laços de solidariedade e promoção de consciência crítica e de cidadania capazes de ensejar ações de transformação social. Busca, ainda, construir um engajamento progressivo no espaço público, rompendo com a “retirada da cena social” decorrente do adoecimento e conseqüente privação de espaços de sociabilidade. A metodologia de trabalho é determinada a partir de uma situação-problema proposta pelo grupo (como programas de prevenção, organização de seminários, peças teatrais, etc.), seguida por discussão, implementação e avaliação.

As muitas experiências de acompanhamento em grupos com portadores de LER/DORT

relatadas na literatura evidenciam a pertinência dessas modalidades como alternativas complementares ao tratamento. Constata-se que funcionam como “sensibilizadores”, pois oferecem um modelo de intervenção que rompe a relação dual médico-paciente e a crença nesta relação como única alternativa terapêutica.

Uma outra evidência é a diminuição da culpabilização individual associada à aquisição das LER/DORT e das implicações psíquicas daí derivadas. Funcionam, também, como importantes espaços educativos para o engajamento em ações propositivas, em substituição a comportamentos de dependência e passividade frente à realidade social.

Em geral, há boa aceitabilidade entre os participantes, expressa pelo baixo absenteísmo e pelo desejo manifesto de se engajar nas modalidades propostas. As avaliações médico-clínicas não evidenciam uma melhora nos sintomas, a não ser uma menor frequência de crises agudas, resultado de um maior autocontrole na realização de algumas atividades e da solicitação de ajuda quando tais atividades demandam um esforço possível de agravar os sintomas. Verificou-se uma conscientização sobre a não necessidade de “testar a cura” através do exercício de movimentos repetitivos (comuns em patologias em que não há sinais objetivos da presença/ausência da doença), o que contribui para a menor frequência de crises agudas.

Como todo o trabalho com grupos, há, em geral, um desenvolvimento descontínuo e variável entre os membros participantes. Ocorrem situações de crise, períodos de passividade, inércia e abandono das atividades por alguns membros. Verifica-se uma dependência em relação a figuras dos coordenadores dos

grupos e/ou a figuras representadas como de posse de um “saber científico” sobre as LER/DORT e uma necessidade de que essas funcionem como estimuladoras para o grupo. Tal dependência se expressa pela dificuldade do grupo de funcionar com independência e auto-gestão. Verificam-se, também, com frequência, posturas queixosas e substituição da “auto-culpabilização” pela “vitimização”.

Em que pese à relevância de tais constatações, a inclusão das propostas de acompanhamento grupal como tratamento complementar tem se mostrado mais abrangente do que uma única abordagem terapêutica, pois satisfaz a complementariedade exigida pelas características das LER/DORT e das doenças ocupacionais em geral – o que enseja a sua aplicação a outras configurações grupais, como grupos de acidentados e grupos de trabalhadores com patologias diversas. Do mesmo modo, a efetivação das ações propostas pelos participantes promove uma maior divulgação sobre as LER/DORT em diferentes segmentos populacionais, ampliando as possibilidades de implantação de procedimentos preventivos.

O acompanhamento grupal é um espaço importante de expressão das experiências e vivências de seus portadores e da busca de alternativas para conviver com as limitações decorrentes dos sintomas. No entanto, ele não substitui outras modalidades de tratamento e a implementação de procedimentos preventivos através de políticas públicas e de vigilância constante nos ambientes de trabalho.

O trabalho com grupos reúne propostas diferenciadas e possíveis de incorporar diversos aportes teóricos e metodológicos. É justamente tal abertura que lhe confere a possibilidade de incorporar outras experiências decorren-

tes do conhecimento acumulado acerca das LER/DORT, visando ao seu controle e à sua prevenção.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.
- BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, André do Eirado et al. **SaúdeLoucura 6**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.
- HOEFEL, M. G.; MÉROLA, S.; BIANCHESSI, D. Grupos de portadores de LER/DORT: uma construção coletiva do processo de reabilitação profissional. In: RUIZ, R. (Org.). **Um mundo sem LER é possível**. Montevideo: Rel; UITA, 2003. p. 111-132.
- HOEFEL, M. G. et al. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: Grupos de Ação Solidária. **Revista Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**, São Paulo. No prelo.
- LIMA, M. E. A LER no setor bancário. In: ARAÚJO, J. N.; LIMA, M. E. (Org.). **LER: dimensões ergonômicas e sociais**. Belo Horizonte: Saúde, 1997. p. 52-107.
- LIMA, A. B.; OLIVEIRA, F. A abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: ALMEIDA, M. C.; CODO, W. (Org.). **LER**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 136-159.
- MERLO, A.; JACQUES, M. G.; HOEFEL, M. G. Trabalho de grupos com portadores de LER/DORT. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 1, n. 14, p. 253-258, 2001.
- PICHON-RIVIERE, Enrique. **O processo grupal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 181 p.
- SATO, L. et al. Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 79, p. 42-62, 1993.

TERAPIA OCUPACIONAL NAS LER/DORT

OCCUPATIONAL THERAPY FOR RSI/ WMSD

Cecília Maria Fernandes Gutterres

Terapeuta Ocupacional do CRST da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Sanitarista, Especialista em Saúde e Trabalho pela UFRGS.

Kátia S. Barfknecht

Terapeuta Ocupacional da GerAção/POA da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Professora da Faculdade Metodista IPA, Especialista em Saúde e Trabalho, Mestranda de Psicologia Social e Institucional na UFRGS

RESUMO

Este artigo, ao mesmo tempo em que traça um painel sobre a Terapia Ocupacional, desde o período pós-guerras até os dias de hoje, mostra o trabalho do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, da Prefeitura de Porto Alegre. Suas ações são voltadas para a assistência, a vigilância e a educação para a saúde. Ainda, neste capítulo, pretende-se relatar a atuação da GerAção/POA (Oficina de Geração de Renda), serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que tem por objetivo a reinserção social pela via da saúde-trabalho.

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, terapia ocupacional, transtornos traumáticos cumulativos, saúde ocupacional.

ABSTRACT

This article, at the same time it outlines the profile of Occupational Therapy from the post-war period up to the present, shows the work of the *Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST* (Labor Healthcare Reference Center) of the Porto Alegre City Administration. Its actions involve assistance, monitoring and health education. Also in this chapter, we provide a performance account of the GerAção/POA (Income Generation Workshop), Porto Alegre Municipal Health Department's service dedicated to social reinsertion through healthcare and labor.

KEY WORDS

RSI/WMSD, occupational therapy, cumulative trauma disorders, occupational health.

HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL

Na história, a Terapia Ocupacional se caracterizou como uma profissão da área da saúde que utiliza atividades como recurso e/ou instrumento terapêutico. A profissão está intimamente ligada ao período pós-guerras, quando houve o aumento das “incapacidades” por deficiências físicas e/ou por sofrimentos psíquicos, havendo a necessidade de reabilitar tais indivíduos para o retorno ao convívio social e ao trabalho.

As primeiras instituições no Brasil que atendiam indivíduos com deficiências físicas, sensoriais ou sofrimentos psíquicos foram criadas a partir da segunda metade do século XIX. Havia um tipo de intervenção terapêutica nos hospitais psiquiátricos, com o uso da ocupação (praxiterapia). Os programas de reabilitação física no Brasil surgiram a partir da década de 1940, decorrentes do Movimento Internacional de Reabilitação. Os serviços de reabilitação foram implantados por entidades governamentais e não-governamentais, os quais difundiam leis de proteção e a proposta de implantação de programas especiais. No Brasil, nos anos 1950, segundo Lacman (2004), a Terapia Ocupacional surgiu através de um acordo entre a Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO e Organização Internacional do Trabalho – OIT, com o enfoque para a reabilitação, em suas diferentes abordagens, entre elas, a reabilitação profissional. Em 1969, a profissão foi reconhecida como curso superior.

Nesta época, são implantados os Centros de Reabilitação Profissional – CRPS do INSS,

que contavam com o terapeuta ocupacional nas equipes multidisciplinares. A intervenção utilizada eram os programas de reabilitação aos segurados (trabalhadores em tratamento). Tais programas visavam à avaliação, à recuperação, à reabilitação e à habilitação profissional somente aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Segundo Lacman (2004), a reinserção profissional do reabilitado não era tratada com seriedade, pois não havia qualquer garantia de um acompanhamento nas empresas para assegurar a reinserção profissional do acidentado, após esse ser desligado dos CRPS, e nenhuma ação preventiva no sentido de prevenir novos acidentes e/ou doenças ocupacionais.

Conforme De Carlo e Bartalotti (2001), a profissão sofreu dois processos distintos: um, mediante ocupação de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos utilizando programas recreativos e/ou laboroterápicos; outro, pelas reabilitações física e funcional em programas multidisciplinares. A Terapia Ocupacional, particularmente, vinculava-se ao uso de atividades de autocuidado, lazer, trabalho e outras. A prática da reabilitação era, na maioria das vezes, uma prática de amortização dos conflitos e manutenção do *status quo*. Realizava-se uma reabilitação voltada para a adaptação do sujeito àquela deficiência.

A década de 70 caracteriza-se por movimentos intensos de transformações sociais. Entre eles, em 1978, as greves dos trabalhadores metalúrgicos no ABC paulista, as quais apontaram para uma parceria entre técnicos de saúde e sindicalistas na luta por melhores condições de saúde e trabalho. Com o surgimento de novas práticas sindicais em saúde, no início dos anos 80, foram desencadeadas iniciativas expressas nas discussões da VIII

Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, em 1986. Anteriormente a esses movimentos, na relação saúde/trabalho, conforme Mendes e Dias (1991), o trabalhador estaria exposto, em determinadas ocupações, a riscos específicos de adoecer e morrer, devendo ser protegido e cuidado na prática tradicional da medicina do trabalho. O enfoque dessa abordagem era individual e voltado para a sintomatologia física, desprezando as influências do contexto social do trabalhador, atribuindo-lhe culpa e responsabilidade por sua própria saúde. Neste sentido, a saúde do trabalhador surge como um dos campos da saúde coletiva, na qual se evidencia a integralidade das ações.

A saúde do trabalhador é uma formação discursiva que se estrutura a partir de um conjunto de enunciados oriundos de diversas disciplinas, como: medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre tantas outras que, aliada ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e de suas vivências das situações de desgaste e reprodução da força de trabalho, estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho. (NARDI, 1999, p.64)

Durante a primeira administração popular da Prefeitura de Porto Alegre, após a promulgação da Constituição de 1988, a Secretaria Municipal de Saúde criou uma assessoria em Saúde do Trabalhador com o objetivo de formular políticas nesta área.

O ano de 1992 foi marcado por uma discussão da política de saúde do trabalhador com o movimento sindical, que defendeu as linhas gerais da política, apontando para a criação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, inaugurado em 14 de dezembro do mesmo ano. Atualmente, suas ações são voltadas para a assistência, a vigilância e a educação para a saúde. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar, na qual o terapeuta ocupacional vem ampliando sua intervenção. Realiza desde avaliações e intervenções diretas em situações de trabalho (através das vigilâncias), até atendimentos individuais e/ou grupais, ginástica terapêutica chinesa e oficinas de terapia ocupacional.

Ciente da importância do trabalho, enquanto incentivador de trocas sociais e de subjetividades, no ano de 1996 foi criado, por trabalhadores da saúde, entre eles terapeutas ocupacionais, a GerAção/POA – Oficina de Geração de Renda, serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Esse serviço consolida sua prática objetivando a reinserção social pela via da saúde-trabalho, integrando usuários de saúde mental e usuários da saúde do trabalhador, tornando-se um espaço de referência na cidade de Porto Alegre nestas duas áreas. Trata-se de um lugar de passagem, uma incubadora na qual a atividade *trabalho* é entendida enquanto valorização, expressão e (re)construção de subjetividade. Neste serviço, o usuário pode reconhecer-se como sujeito de seu fazer. Esse fazer possibilita a ampliação dos espaços de circulação no social, através de participação em exposições, feiras e eventos, organização de festas e atividades culturais e de lazer, permitindo a construção de um novo cotidiano e promovendo transformações culturais.

No ano de 1998, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST constituiu parceria, cooperação técnica, com a GerAção-OGR. Nesta parceria, a equipe passou a contar com profissionais do CRST (terapeuta ocupacional e assistente social) e da GerAção/POA (terapeutas ocupacionais), os quais dividiam sua carga horária nos dois serviços.

INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NAS LER/DORT

No Brasil, as doenças ocupacionais vêm crescendo do ponto de vista da saúde coletiva, causando, além de gastos financeiros para o Estado, enormes dificuldades sociais. Entre as principais doenças relacionadas à organização do trabalho, destacam-se as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT e os sofrimentos psíquicos relacionados ao trabalho. Nessas doenças, as dificuldades estão em definir a natureza exata da sua etiologia, mensurar e qualificar a dor e/ou sofrimento, a subjetividade e a invisibilidade. Aspectos referentes às condições e à organização do trabalho contribuem, de diferentes formas, para o acometimento dos trabalhadores: a produção com ritmo e velocidade acelerados; a intensificação da sobrecarga; o aumento dos movimentos repetitivos; a utilização das posições anatomicamente inadequadas para o ser humano; a sobrecarga nos grupos musculares e tendões; as relações autoritárias de poder; as desconfianças e competições entre os trabalhadores; a impossibilidade do trabalhador contribuir com sua experiência e aprendizado sobre o trabalho, etc.

A partir da compreensão de que o trabalho é gerador de doenças e sofrimento, a prevenção ganhou espaço e foi abordada principalmente através das condições e da organização do trabalho. Além disso, cresceu o número de trabalhadores excluídos socialmente. Portanto, deve-se intervir na prevenção no próprio espaço de trabalho e na reinserção social para os afastados/excluídos do mercado de trabalho. A diversidade e a complexidade das transformações no mundo do trabalho devem ser respeitadas em todas as intervenções terapêuticas.

O compromisso reabilitacional passa a ser, de fato, com o desenvolvimento da vida, no sentido de ser no social, na trama do cotidiano. Há aqui uma mudança de proposta que envolve um redimensionamento das práticas, uma reavaliação do sentido das atividades exercidas por todo cidadão. (CASTRO et al., 2001, p. 45)

No CRST, a escuta sobre o trabalho é feita de forma coletiva, a partir de um processo de reflexão dos trabalhadores sobre as vivências do seu trabalho. Promovem-se espaços para que o usuário se aproprie da realidade do seu fazer, reflita sobre as informações de prevenção de saúde e possa transformar as relações de trabalho, tornando-as as mais saudáveis possíveis. Também, no coletivo, busca-se uma vivência de resgate de si mesmo, através de atividades terapêuticas que promovam a expressão de emoções, expectativas e esperanças a respeito da doença, assim como a construção de estratégias para a melhoria da qualidade de vida.

As Atividades da Vida Diária – AVDS que são abordadas nos grupos, possibilitam que sejam construídas novas maneiras de realizá-las,

buscando o respeito aos limites e incentivando a criatividade nas adaptações.

Nas atividades corporais, a prática da ginástica terapêutica chinesa utiliza movimentação global coordenada e harmoniosa, tendo a participação de todo o corpo, agindo desta forma na melhoria de patologias localizadas.

O terapeuta ocupacional participava, juntamente com outros profissionais da equipe, das atividades de vigilância nos postos de trabalho (atividade que está suspensa desde outubro de 2002, devido a uma ação de inconstitucionalidade). Nessas atividades, objetivava-se a investigação de ambientes, processos e condições de trabalho, buscando orientar, educar e acompanhar as mudanças necessárias à prevenção de agravos e à promoção de saúde.

O terapeuta ocupacional valoriza o acolhimento, a escuta, o olhar, a avaliação nas suas intervenções. Tem como objetivo promover a autonomia, a criação social de espaços para viver e expressar-se, considerando o espaço e as relações sociais como parte fundamental do processo de reabilitação e/ou reinserção. As novas perspectivas históricas da atenção à saúde, as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica e de reinserção social promoveram transformações concretas de inclusão e participação social.

Na GerAção/POA, os usuários acolhidos escolhem as atividades para vivenciar, criar, discutir e transformar o processo de trabalho. O serviço desenvolve atividades de oficinas, grupos e cursos. Além disso, em parceria com o núcleo de Economia Solidária da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio – SMIC, o serviço propõe a incubação de grupos de gestão solidária. É um espaço de saúde e trabalho, não é um serviço especificamente de saúde

mental ou de saúde do trabalhador. Assim, a GerAção/POA constitui-se como um lugar no qual os usuários, encaminhados dos diversos serviços de saúde, realizam trocas solidárias, descobrem novos talentos, desenvolvem criatividade e habilidades, participam em eventos sociais e culturais, enfim, readquirem e reconstroem laços sociais.

Ao integrar-se à rede social, a GerAção/POA estabelece parcerias que promovem a real inclusão do indivíduo em grupos e redimensionam a intervenção em saúde. Assim, ela propõe que seus usuários encontrem novas formas de lidar com a produção e com as relações sociais inerentes ao mercado de trabalho, ampliando os espaços de circulação na cidade e possibilitando laços solidários com a comunidade. No ano de 1999, a GerAção/POA vinculou-se ao Fórum Metropolitano de Economia Popular Solidária – FMEPS, espaço instituído por diversos grupos de economia solidária para compartilhar a comercialização dos produtos e as trocas de experiências. A vinculação possibilitou a reinserção de alguns usuários ao mercado de trabalho, através da constituição de grupos com familiares e a inclusão em grupos solidários. A participação no FMEPS acontece com representantes (técnico e usuário-trabalhador) nas reuniões, nos seminários temáticos, nas diversas feiras e nas lojas constituídas através do FMEPS. Nas lojas, os usuários dividem com outros grupos, vinculados ao fórum, a administração, a comercialização e as vivências do cotidiano de trabalho.

Na GerAção/POA temos trabalhado com a noção de projeto individual ou coletivo, no sentido de interação entre as pessoas, entre os contextos e os recursos. Isso nos coloca diante de uma forma de agir que traz à cena as

atividades e as redes de relações, que formam a vida cotidiana do sujeito.

Terapia Ocupacional é eminentemente social, pois o FAZER é sempre um ato social. Os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum. Aquilo que é feito, o é em um mundo compartilhado. (MAXIMINO, 1995, p. 102).

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 2. ed. Porto Alegre: Vozes, 2002. 367 p.
- _____. **A outra economia**. Porto Alegre: Vozes, 2003.
- DE CARLO, M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DIAS, Elisabeth Costa. **O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho**. [199-?]. Mimeografado.
- JERUSALINSKY, Alfredo et al. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.
- LACMAN, S. **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.
- MENDES, René; DIAS, Elisabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 341-349, 1991.
- MEOLA, M. E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2000.
- NARDI, Henrique Caetano. **Medicina do trabalho e saúde do trabalhador**: o conflito: capital/trabalho e a relação médico-paciente. 1996. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.
- _____. **Saúde, trabalho e discurso médico**: a relação médico paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.
- OLIVEIRA; MENDES. As novas perspectivas da saúde do trabalhador. **Revista Tendências do Trabalho**, Rio de Janeiro, set. 1996.
- SANTOS, B. S. **Produzir para viver**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- SINGER, P. Economia solidária. In: CATTANI, A. D. **A outra economia**. Porto Alegre: Vozes; UFRGS, 2003.
- SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1991.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE: UMA QUESTÃO POLÍTICA

LABOR ORGANIZATION AND HEALTHCARE: A POLITICAL ISSUE

Annie Thébaud-Mony

Socióloga, Doutora em Sociologia, Diretora de Pesquisa do Institut National de Recherche et de Sécurité – INSERM, e da Universidade Paris XIII, França.

RESUMO

A resistência dos trabalhadores para o melhoramento das condições de trabalho passa por uma nova apropriação da saúde no trabalho e da construção da visibilidade dos efeitos patogênicos do trabalho. Este artigo pretende estudar, basicamente, três questões referentes à situação atual na França e na Europa, mas que também são pertinentes ao Brasil: como o patronato (os responsáveis industriais, os empregadores) conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas; qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho e como construir a saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, como contrapoder dessa destruição humana que o neoliberalismo de hoje leva a todas as sociedades?

PALAVRAS-CHAVE

Saúde ocupacional, sociologia do trabalho, riscos ocupacionais, trabalho.

ABSTRACT

Workers' struggle towards the improvement of working conditions requires a new take on occupational health as well as placing the pathogenic effects of labor in evidence. This article intends to examine, primarily, three issues related to the current situation in France and Europe which are also applicable to the situation in Brazil: how employers managed to include occupational health among their prerogatives; what the Government's role is in occupational health, and how to establish male and female workers' healthcare as a counter-power to this human destruction today's neoliberalism inflicts upon every society.

KEY WORDS

Occupational health, labor sociology, occupational risks, labor.

No estudo histórico da dinâmica do capitalismo de Fernand Braudel, ele insiste sobre o papel do Estado: “Tem condições sociais ao crescimento e ao sucesso do capitalismo. Ele exige uma certa tranqüilidade da ordem social, assim como uma certa neutralidade, ou fraqueza, ou complacência do Estado” (BRAUDEL, 1985). O controle da saúde ocupacional pelo patronato (especialmente as multinacionais) com a aceitação (cumplicidade?) do Estado faz parte dessa “paz” social necessária à dinâmica do capitalismo.

Nas sociedades de hoje, a saúde dos trabalhadores – saúde individual e coletiva – é uma das fontes dos contrapoderes dos mais radicais ao imperialismo econômico. A resistência dos trabalhadores para o melhoramento das condições de trabalho passa por uma nova apropriação da saúde no trabalho e da construção da visibilidade dos efeitos patogênicos do trabalho. Hoje, na Europa, a saúde no trabalho é uma questão em forte debate, principalmente pelas características com que estão ocorrendo a precarização e a degradação das condições de trabalho, inclusive com verdadeiras crises nas instituições, tanto as voltadas para esta área do conhecimento como para as de regulação. O que se discute são os aspectos referentes às existências dos riscos, às condições de trabalho e de organização do trabalho – os fatos e questões evidenciáveis, relacionados à organização do trabalho e da saúde e a quais escolhas políticas são possíveis serem feitas.

Dados de 2002 da Fundação Europeia para o Melhoramento das Condições de Trabalho, mostram-nos que os principais riscos a que estão sujeitos os trabalhadores daquela Comunidade (dados relativos ainda aos 15

países) são os riscos físicos e químicos, a hipersolicitação das mulheres e dos homens no trabalho e os danos à dignidade. Quanto aos riscos químicos, sobressaem as exposições aos tóxicos (no mínimo ¼ do tempo de trabalho) e quanto aos riscos físicos, os mais importantes são o carregamento de cargas pesadas (no mínimo 1/2 do tempo de trabalho) e as posições dolorosas (no mínimo 1/2 do tempo de trabalho). A hipersolicitação é identificada na existência de movimentos repetitivos, nos ritmos elevados e nos prazos muito curtos (todos com percentuais superiores a 40% dos trabalhadores expostos).

Entre as características da organização do trabalho, a que mais aparece referenciada pelos trabalhadores é o trabalho com prazos curtos e rigorosos (durante o mínimo de metade do tempo). Nestes casos, nota-se um aumento significativo deste quadro (mulheres 1990: 25%; 2000: 43%; e homens 1990: 42%; 2000: 53%). Este quadro se complementa com a informação de que 70% dos trabalhadores têm que respeitar normas qualitativas rigorosas; um a cada três trabalhadores não têm direito a modificar os ritmos e os métodos de trabalho e 68% dos trabalhadores da UE (e uma mulher a cada três) têm ritmos de trabalho determinados pela demanda direta dos clientes, do público, dos alunos, entre outros.

Saliente-se, na Figura 2, que países europeus permanecem com entraves à liberdade de ação de seus trabalhadores, principalmente Portugal, Grécia, Itália e Espanha e, ao mesmo tempo, existem países com grande autonomia de ação dos trabalhadores, notadamente Dinamarca, Holanda, Finlândia e Suécia.

Distribuição dos trabalhadores da UE nos diferentes tipos de organização do trabalho

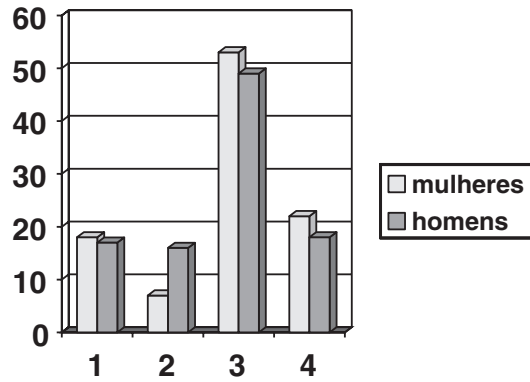


Figura 1 – 1 – Trabalho de «servidão»; 2 – trabalho «flexível»; 3 – trabalho com «autonomia»; e 4 – trabalho submetido a «automatismos» (DAUBAS-LETOURNEUX e THÉBAUD-MONY, 2003).

Indústria - Homens
Distribuição do tipo de organização do trabalho por países

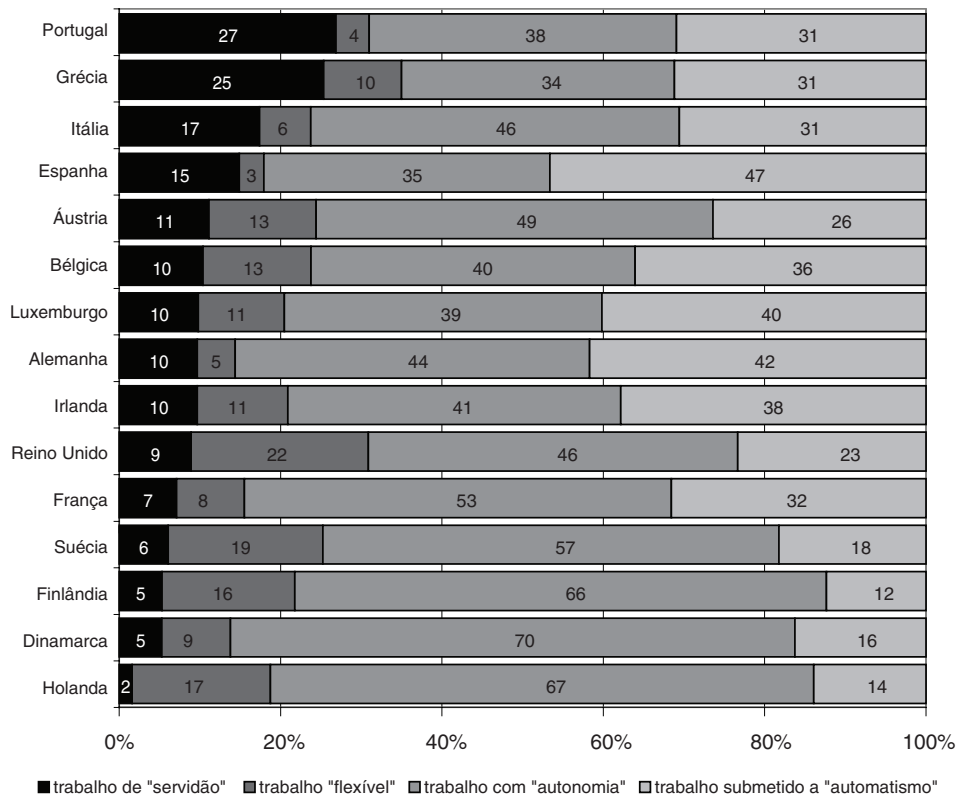


Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores do setor industrial da Comunidade Européia segundo os tipos de organização do trabalho – (DAUBAS-LETOURNEUX E THÉBAUD-MONY, 2003).

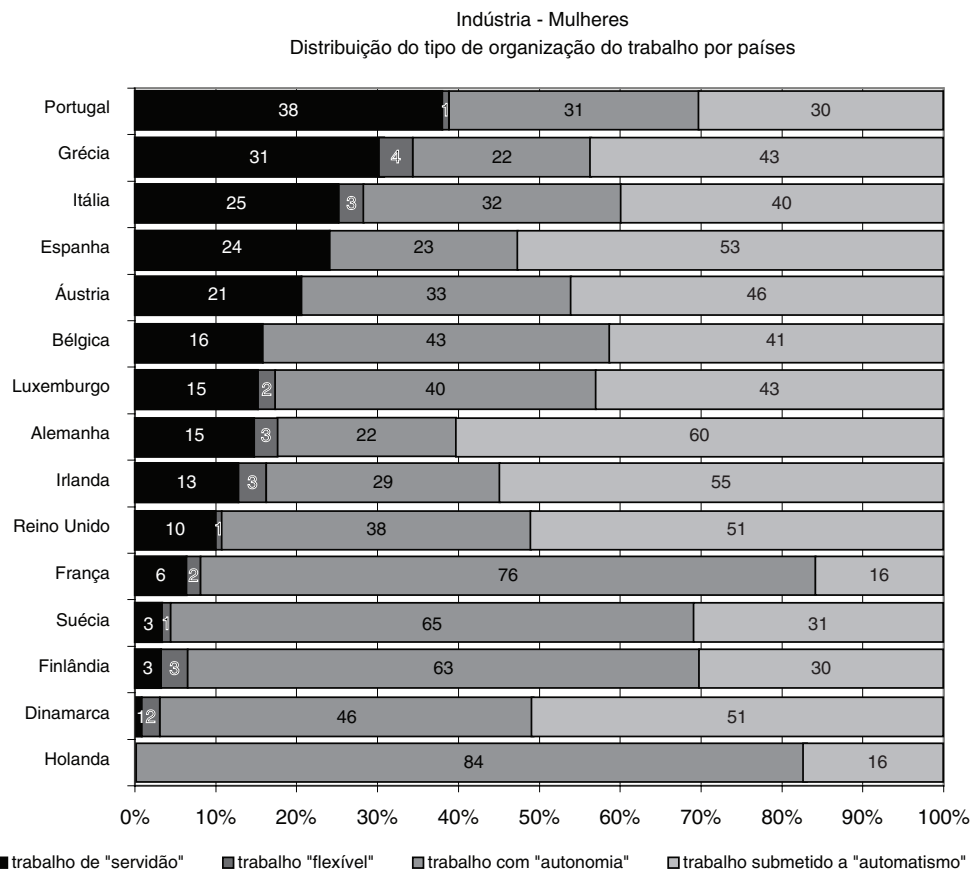


Figura 3 – Distribuição das trabalhadoras do setor industrial da Comunidade Européia segundo os tipos de organização do trabalho – (DAUBAS-LETOURNEUX E THÉBAUD-MONY, 2003).

Três questões serão tratadas com referência à situação atual na França e na Europa e que também são pertinentes ao Brasil: como o patronato (os responsáveis industriais, os empregadores) conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas; qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho e como construir a saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, como contrapoder dessa destruição humana que o neoliberalismo de hoje leva a todas as sociedades?

I Como o patronato conseguiu enquadrar a saúde ocupacional como uma das suas prerrogativas?

Na França, como nos outros países da Europa, basicamente, a história da saúde ocupacional é muito desconhecida. Até o fim do século XIX, ela é principalmente uma questão de lutas, individuais e coletivas, dos trabalhadores para “não morrer no trabalho”. Por um lado, o desenvolvimento dos saberes médico,

clínico e epidemiológico sobre os efeitos patogênicos do trabalho e de soluções técnicas de prevenção vai retirar a saúde ocupacional da mão dos trabalhadores para colocá-la na mão dos peritos que se referem a um saber técnico que os empregadores mesmos contribuirão a criar. Dessa maneira, eles se tornam proprietários desses saberes sobre a saúde no trabalho e se apropriam da capacidade de informar, ou não, aos trabalhadores, os danos à saúde ligados ao trabalho. Por outro lado, a lógica de seguro que foi escolhida como base do sistema de compensação também reforça a ideologia de normalização dos riscos profissionais (o que os peritos chamam de riscos socialmente aceitáveis).

1.1 A saúde ocupacional é um campo de perícia técnica e médica especializada sob a orientação do patronato

A saúde ocupacional torna-se, assim, um campo de perícia técnica e médica especializada na mão do patronato. Nesse campo, não existe espaço para a experiência e para a palavra dos trabalhadores. Observamos, cada vez mais, uma ditadura das estatísticas: o que não se pode medir não existe. Por exemplo, no que diz respeito aos cânceres ocupacionais ligados ao amianto, se os dados estatísticos não existem num país, o fenômeno mesmo é discutido sob este ângulo: será que o amianto brasileiro não é tóxico? Assim, precisa-se provar em cada país que o amianto é perigoso.

Duas conseqüências graves podem ser mencionadas. Primeiro, a subjetividade dos trabalhadores fica sem legitimidade porque ela se constrói através de uma abordagem fundada na experiência vivida – singular e coletiva – do tra-

balho e não através dos indicadores e números da metodologia estatística. Segundo, estamos num processo permanente de **experimentação humana**: deve ser provado, em cada país do mundo, com estatísticas sofisticadas, que o amianto provoca o câncer, que as LER/DORT resultam da intensificação do trabalho, que a precariedade de emprego e o stress podem conduzir trabalhadores ao suicídio, e assim por diante.

Mesmo assim, a representação estatística e epidemiológica da realidade desses danos à saúde fica totalmente fora da realidade vivida do trabalho e se torna uma abstração. Isso pode ser constatado com os resultados do último levantamento estatístico sobre os problemas de saúde, percebidos pelos trabalhadores da Europa (Figura 4): 34% têm dor nas costas, 28% sofrem de stress, 24% sentem fadiga geral e 23% sofrem de LER, etc.

Como conseguir entender qual é o trabalho concreto de cada um desses trabalhadores, que permite entender os processos de adoecimento? Somente a palavra do trabalhador sobre a sua história pode abrir o caminho desse conhecimento.

1.2 A lógica de seguro e as leis sobre os acidentes de trabalho

No ano 1898, na França, foi adotada uma lei dita “de compromisso”, que considerava, ao mesmo tempo: a legitimidade da indenização das vítimas de acidentes do trabalho e a legitimidade dos riscos profissionais (nos casos de acidentes de trabalho, não se considerava mais a falta do empregador). A indenização – determinada pelos peritos – passava a ser

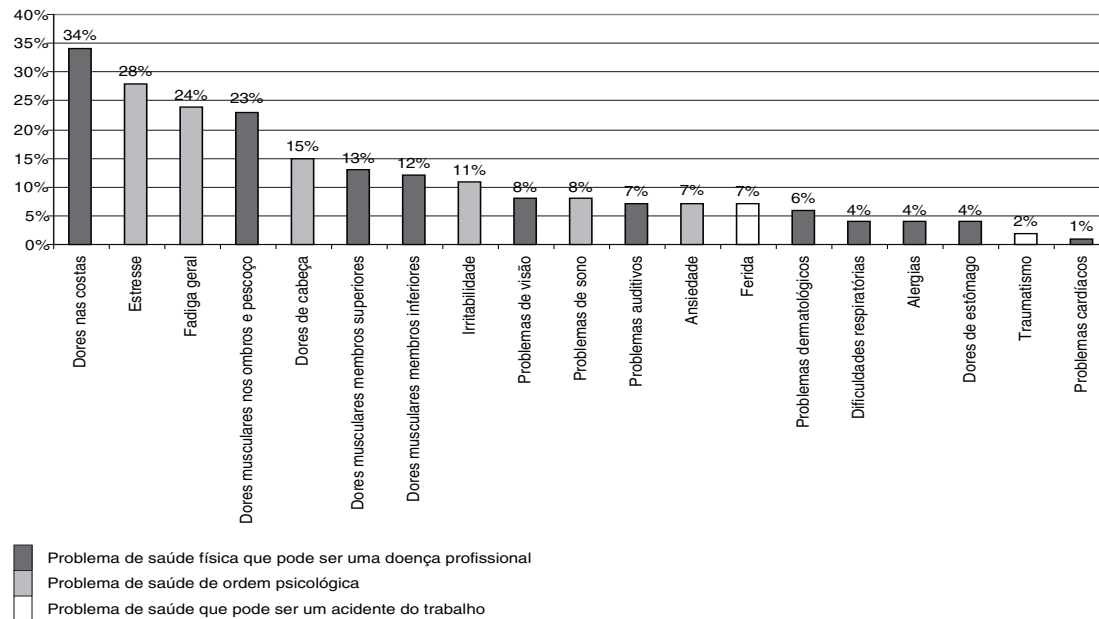


Figura 4 – Os problemas de saúde ligados ao trabalho percebidos pelos trabalhadores europeus (fonte: 3a. pesquisa sobre as condições de trabalho na Europa – Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, 2001).

discutida entre os representantes do patronato e dos sindicatos.

As conseqüências foram as seguintes: a saúde ocupacional saiu das áreas da justiça (em relação ao direito criminal e civil) e da saúde pública (no campo da prevenção e do controle dos riscos). Desde essa época até hoje, ela fica presa na negociação entre o patronato e os sindicatos, com um poder absoluto dos peritos (médicos e outros), sabendo-se que o patronato conseguiu cooptar a maioria dos especialistas de saúde ocupacional do mundo.

1.3 A reestruturação produtiva como um processo contínuo em um espaço global, que muda sempre as formas de divisão do trabalho e consegue reconstruir, em cada

época, a invisibilidade social dos mortos e doentes do trabalho

O processo de reestruturação produtiva não é um momento do desenvolvimento do capitalismo. Ele é permanente em relação às estratégias de adaptação das empresas para conseguirem contornar as contradições e limitações que as sociedades vão opondo a esse desenvolvimento. Uma das contradições se coloca em relação à saúde no trabalho. Sempre o processo de reestruturação produtiva se articulou a um processo de construção social da invisibilidade dos acidentes, das doenças e de todos os problemas de saúde ligados à organização e às condições de trabalho. Isso não se faz de maneira aberta, mas como condições necessárias do desenvolvimento econômico.

Nos últimos 30 anos, esse processo permanente de reestruturação se deu através da chamada “globalização”. Bourdieu (2000) nos dá uma dupla definição da globalização. No sentido descritivo, trata-se da unificação do campo econômico mundial. No sentido normativo, a globalização coloca-se como política econômica que tem como objetivo essa unificação através de um conjunto de medidas jurídicas e políticas para derrubar todas as barreiras a essa unificação e todos os obstáculos, em sua maioria, ligados ao Estado.

Em todos os países, mesmo que com características muito diferentes de um para o outro, as medidas da reestruturação produtiva dos últimos 30 anos têm, entre outras, as seguintes características:

1. **diminuição do custo do trabalho** com as políticas de **terceirização e desemprego** para acabar com o poder dos sindicatos e conseguir a intensificação do trabalho sem movimentos sociais;
2. a **transferência dos riscos** com a implementação de políticas de **duplo-padrão social e sanitário** para fugir das leis mais rigorosas dos países e regiões mais ricas e desenvolver a produção onde não existam restrições ou banimentos (por exemplo, a firma multinacional francesa Saint-Gobain continua a produzir o amianto no Brasil, mesmo que a lei francesa tenha proibido desde 1997 todo o comércio e o uso do amianto, e no Brasil, a transferência de processos produtivos inteiros do sul para o norte e nordeste são exemplos típicos);
3. promover uma globalização neoliberal para **contornar os efeitos duráveis da industrialização**, contornando os lugares de resistência coletiva e de contrapoderes, transferindo os riscos para os locais onde não exista um sistema de saúde que permita a identificação dos desgastes humanos;
4. **uniformizar as normas do trabalho** a partir das condições mais precárias (tentativas de constituição nos países pobres de normas com padrões inferiores às normas internacionais e de retorno a condições de trabalho de mulheres e de crianças já contornadas nos países centrais);
5. **intensificação do trabalho** com aumento da cadência e do ritmo de trabalho, aumento de horas-extras, diminuição de espaços de pausas e de porosidades no trabalho, aumento de exigências de produtividade (com reflexos na remuneração), diminuição no número de trabalhadores para a execução das mesmas tarefas, entre outras estratégias.

2 Qual é o papel do Estado em relação à saúde no trabalho?

Em todos os países, o papel do Estado tem sido o de apresentar essa política econômica como a única possível. Nessa perspectiva, o que é dito como “a questão social” se limita às estratégias de assistência aos pobres e excluídos.

Na França, o Estado se descarta da questão da saúde ocupacional. Por um lado, isto é uma das prerrogativas da negociação entre o patronato e os sindicatos. Por outro lado, a medicina do trabalho se torna cada vez mais uma medicina de seleção individual dos trabalhadores que podem suportar as “normas” do trabalho, e os peritos produzem dados sobre as características individuais de empregabilidade (incluindo as características genéticas). Cada vez menos, a saúde ocupacional aparece como um campo da saúde pública e coletiva.

A invisibilidade dos acidentes e doenças ligadas ao trabalho é mascarada por estatísticas oficiais (MENDES, 1999) que só reconhecem o que os peritos e o patronato aceitam como problemas de saúde ligados ao trabalho. Nos acidentes industriais graves (Bhopal, Tchernobyl, Toulouse, por exemplo), as vítimas são desconhecidas ou desconsideradas.

3 Como fazer da saúde dos trabalhadores, mulheres e homens, um contrapoder a essa destruição humana que o neoliberalismo de hoje provoca em todos os países do mundo?

Um passo imprescindível é o reconhecimento de quais são os contrapoderes possíveis. Em saúde do trabalhador, esses contrapoderes passam, necessariamente, pela organização dos sindicatos de trabalhadores e das vítimas (estas, em muitos casos, independentemente das organizações sindicais), e pela fiscalização das condições de trabalho. Sempre é importante reafirmar que a construção de contrapoderes passa, necessariamente, pela valorização dos movimentos sociais que já lutam há muito tempo, e também daqueles

que começam a se desenvolver como redes de resistência nacional e internacional. Isso passa por tomadas de consciência que podem ser encaminhadas de diferentes maneiras, dentre as quais, citamos:

- I. **Reconhecer a legitimidade das lutas das vítimas:** um exemplo positivo é a luta coletiva contra o amianto na França, que levou à interdição do uso dessa matéria-prima em 1997. As ações na justiça permitiram dar a visibilidade aos trabalhadores que foram expostos e demonstraram a “falta inescusável” dos empregadores, que sabiam quais eram as conseqüências da exposição e não fizeram nada durante anos e anos para proteger a saúde dos trabalhadores. No Brasil, um exemplo vivo de movimento social que conseguiu a visibilidade dos danos e a inclusão de seus problemas dentro da agenda política dos governos é a luta dos digitadores dos anos 80 (MERLO, 1999) pelo reconhecimento das tendinites como sendo relacionadas ao trabalho. Essa luta se caracteriza nos anos 90, entre outras coisas, pela ampliação do movimento para outras categorias e pela disseminação, em todo o país, de associações de lesionados pelas LER/DORT. Exemplo negativo, pela ausência de incorporação de movimentos sociais que dessem sustentação à proposta, foi o caso do conhecido “*ergonomic standards*”, nos Estados Unidos, e a intervenção do poder executivo do Governo Bush na decretação da anulação dos atos do governo anterior.

2. **Reconstruir solidariedades contra a terceirização e globalização:**

trata-se de encontrar estratégias de resistência e solidariedade para não deixar as grandes firmas continuarem os processos de transferência de riscos. Na França, existem algumas experiências sindicais de estratégias de solidariedade entre trabalhadores das grandes empresas e das empreiteiras, lutas que têm como enfoque o melhoramento das condições de trabalho dos trabalhadores terceirizados. Em relação ao amianto, a rede virtual *ban Asbestos* tem permitido o desenvolvimento de estratégias internacionais de luta contra a indústria do amianto.

3. **Construir novas formas de vigilância sanitária**

que consigam opor uma avaliação das condições de trabalho e dos efeitos à saúde dos trabalhadores, como sujeitos, contra aquela dos especialistas. Isso pode ser realizado através de uma colaboração entre os sindicatos e os pesquisadores que consideram a pesquisa na sua relação com a transformação social. Foi a grande lição de Pierre Bourdieu nos últimos anos da sua vida.

Isto tudo sem abrir-se mão da responsabilização dos Estados na defesa dos direitos à saúde no trabalho e na construção coletiva de políticas públicas gerais de valorização de espaços de trabalho saudáveis, ambientes saudáveis e processos produtivos incluídos em ambientes de desenvolvimento sustentável.

REFERÊNCIAS

- BRAUDEL, F. **La dynamique du capitalisme**. Flammarion, Paris, 1985.
- BOURDIEU, P. **Contre-feux**. Paris: Raison D'agir, 2000.
- DAUBAS-LETOURNEUX, V. ; THEBAUD-MONY, A. **Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne**. Luxembourg : Office des Publications Officielles des Communautés Européennes, 2003. p. 9-36.
- MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- MERLO, A. R. C. **A informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Alegre: UFRGS, 1999.

ENSAIOS
E
REFLEXÕES





NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA NAS LESÕES NERVOSAS POR ESFORÇO REPETITIVO

CLINICAL NEUROPHYSIOLOGY IN REPETITIVE STRAIN NERVE LESIONS

Martin R. Portner
Médico-neurofisiologista
Porto Alegre – RS
E-mail: contato@martinportner.com.br

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, nervos periféricos, transtornos traumáticos acumulativos.

KEY WORDS

RSI/WMSD, peripheral nerves, cumulative trauma disorders.

A neurofisiologia clínica (NC) tornou-se parte integrante – às vezes de importância decisiva – no diagnóstico das lesões nervosas periféricas. Desde o comprometimento de nervos distais até as regiões mais proximais e menos acessíveis do sistema nervoso periférico, as técnicas da neurofisiologia clínica têm-se mostrado de grande importância na detecção de dano aos nervos periféricos e é, na maioria das vezes, o elo fundamental entre a evidência de lesão e sua relação com a atividade laborativa do paciente.

Nos anos 80, quando o autor iniciava suas atividades nessa especialidade, a relação entre a NC e a atividade laborativa era incipiente. Chamavam atenção as lesões do nervo cubital na goteira epitrocleo-olecraniana, a compressão do nervo mediano sob o retináculo flexor no punho – chamada de “síndrome do túnel do carpo” – nas senhoras tricoteiras, e a lesão do nervo fibular em seu sensível trajeto no contorno do colo da fíbula na secretária sentada por longas horas de trabalho com a perna cruzada sobre o joelho.

Essas duas décadas, no entanto, observaram uma modificação do quadro, como será demonstrado mais adiante.

As técnicas utilizadas no armamentário do neurofisiologista são, nesse campo, três: a eletromiografia (EMG), a velocidade de condução nervosa (VCN) e a determinação das respostas reflexas.

A EMG consiste na obtenção de dados do comportamento elétrico da fibra muscular, tanto em repouso como durante o trabalho muscular. Padrões distintos de comportamento indicam a presença de lesão nervosa, uma vez que o músculo depende de seu suprimento nervoso para seu funcionamento adequado.

A VCN, por sua vez, dedica-se à aferição da velocidade de condução ao longo do nervo, bem como dados adicionais, como as latências percorridas no terminal do nervo e as amplitudes geradas pelo estímulo.

A determinação das respostas reflexas é um passo decisivo e, muitas vezes, pouco empregado durante o exame. No entanto, o uso de respostas específicas, como as ondas F, o reflexo H e os reflexos miotendíneos, são de valor insubstituível no caso de lesões nervosas em segmentos mais proximais, nas quais as técnicas de estímulo direto não podem ser empregadas.

Com a utilização dessas técnicas, é possível diagnosticar as lesões de nervo periférico e diferenciar, por exemplo, a lesão do nervo no túnel do carpo e o comprometimento da sétima raiz cervical. Ou, ainda, estabelecer a diferença entre a compressão do nervo cubital no cotovelo e a do plexo braquial baixo no desfiladeiro torácico.

Em relação a essa última condição, cabe salientar a importância da combinação entre os achados da eletromiografia, com o das ondas F. Pacientes que apresentam compressão do plexo braquial no desfiladeiro apresentam desnervação crônica dos músculos intrínsecos da mão, especialmente da hipotenar e dos interósseos dorsais. Trata-se de uma área inervada pelo nervo cubital, mas a velocidade de condução do nervo nesses pacientes é normal. Nesse caso, o diagnóstico precisa advir de uma técnica que explora os nervos mais proximalmente, como os potenciais evocados somatossensitivos ou as ondas F.

Há evidência crescente da ocorrência da compressão do plexo braquial baixo em pacientes que trabalham em fábricas onde o

trabalho manual repetitivo é empregado em linhas de produção, como, por exemplo, o processamento de carne ou frango.

Esses pacientes, com frequência incomum em relação a outras complicações do trabalho em nervos periféricos, desenvolvem dois tipos de queixas. A primeira é a persistente dor das regiões escapular, cervical lateral, do ombro, com irradiação ao membro superior, ao dorso e à cabeça. A segunda é a persistente parestesia, tanto de dia, mormente na segunda metade jornada de trabalho, como de noite, acordando o paciente várias vezes para iniciar movimentos do braço com o objetivo de aliviar a dormência.

O adormecimento digital compromete, com mais frequência, os dedos anular e mínimo, mas o médio, o indicador, o polegar, a palma e o dorso da mão e a face medial do antebraço e braço são igualmente sedes de dormência.

A causa desse problema ainda não está esclarecida, mas a ocorrência de micro-traumatismos musculares nos escalenos, por onde o plexo cursa em sua saída do tórax, parece ser uma hipótese em evidência. No meu ponto de vista, há uma incidência aumentada da hipertrofia do conjunto esternocleido-escalenos nesses pacientes, uma causa mais provável de compressão e dano.

Muito dos pacientes relatam seu sofrimento associado à descrição de condições des-ergonômicas, minimamente dignas, na jornada de trabalho. São horas de trabalho na posição de pé, ambos os braços estendidos à frente do tórax, manipulando objetos, transferindo-os de lado a lado, executando funções complexas com as mãos, enquanto os músculos

proximais se esforçam para evitar o excessivo abaixamento dos ombros.

Em conclusão, a presente palestra tem por objetivo:

- a) demonstrar a melhor técnica neurofisiológica para o diagnóstico dessa condição;
- b) alertar para a ocorrência freqüente dessa condição em trabalhadores manuais;
- c) junto com os demais profissionais que participam da construção da saúde do trabalhador, promover avanços efetivos para prevenir a ocorrência de uma complicação potencialmente incapacitante para o trabalho e para a vida.

LER/DORT E OS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL

REPETITIVE STRAIN INJURY/WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS AND SOCIAL REGULATION SPHERES

Luiz Carlos Weber
Procurador da República

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, direito à saúde, medicina do trabalho, segurança do trabalho, legislação trabalhista.

KEY WORDS

RSI/WMSD, healthcare rights, occupational medicine, workplace safety, labor legislation.

Consta do art. 1º da nossa Constituição Federal – CF que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado democrático de direito. Deste princípio fundamental podemos extrair dois conceitos básicos: Estado democrático e Estado de direito.

Estado democrático deve ser entendido como aquele em que o poder emana do povo, ou seja, aquele em que a soberania é popular, e o exercício do poder é efetivado diretamente pelo povo ou através de seus representantes escolhidos pelo voto. A soberania popular está garantida no art. 14 da nossa Constituição Federal, ao dispor que: “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular”.

Por Estado de direito, entende-se como sendo aquele em que os administradores públicos devem respeitar o princípio da legalidade, e ser garantido o controle jurisdicional dos atos administrativos feitos pelo Poder Judiciário. As bases do Estado de direito estão calcadas no princípio da legalidade (art. 37, *caput*, da CF/88), bem como no inciso XXXV do art. 5º da CF/88: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Trata-se do princípio da universalidade da jurisdição ou da inafastabilidade do controle jurisdicional.

Colocada essa premissa, ou seja, de que fazemos parte de um Estado democrático de direito, vamos aprofundar um pouco mais o princípio da legalidade, bem como encontrar os espaços para a regulação social, objeto deste nosso painel.

O princípio da legalidade pode ser considerado como o fundamento e a essência do

Estado de direito. Em razão deste princípio, podemos afirmar que “as leis governam e não os homens”. Pode-se afirmar, também, que a Administração Pública somente pode agir conforme lhe permite ou lhe autoriza a norma jurídica.

Assim, vemos que o agente público está subordinado à lei e às regras jurídicas (lei, decreto, portaria, instrução normativa, orientações internas...).

Em que pese à existência de uma aparente inconformidade com a burocratização dos atos administrativos, na verdade isso representa uma garantia fundamental do indivíduo, cuja liberdade de atuação do Estado só pode ser contida pela norma jurídica, conforme dispõe o art. 5º, II, da CF: “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Caso o administrador público descumpra o mandamento legal, estará ele cometendo um ato de arbítrio, sujeito a sofrer as sanções da improbidade administrativa.

E como são elaboradas as leis em nosso país, leis essas que irão regular a vida dos indivíduos bem como da administração pública?

Para encontrarmos resposta a essa indagação, precisamos nos socorrer do que dispõe a nossa Constituição Federal a respeito. A partir do art. 59 está disciplinado o processo legislativo.

Lá podemos ver que é possível a elaboração de emendas à constituição, leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, medidas provisórias, decretos legislativos e resoluções.

Agora, quem é que detém a iniciativa para a elaboração das leis? É a nossa Constituição que nos dá a resposta. A iniciativa das leis

complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos **cidadãos**, na forma e nos casos previstos nesta Constituição.

Encontramos aqui o primeiro sinal de que os cidadãos podem, diretamente, propor projetos de leis complementares e/ou leis ordinárias. Consta do § 2º do art. 61 da Constituição Federal que “A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo, um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles.” Em que pese ao estabelecimento de pressupostos difíceis de serem atendidos, o povo, diretamente, tem o poder de interferir no nosso sistema legislativo.

Um outro espaço de regulação social previsto em nossa Constituição Federal, que deve ser trazido ao conhecimento de todos, é aquele previsto no inciso III do art. 198 da CF. Lá está dito que deverá haver a participação da comunidade na definição das ações e dos serviços públicos de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como na estruturação das redes regionalizada e hierarquizada para prestar esses serviços à população. Essa participação da comunidade está disciplinada na Lei nº 8.142/90, que dá ao Conselho de Saúde, órgão colegiado com a participação dos usuários do SUS, poder deliberativo, ou seja, com poder normativo, expresso através de resoluções, recomendações, etc.

Além dos dispositivos constitucionais garantidores da regulação social da atuação do poder público, no que tange ao meio ambiente do trabalho, cabe referir, também, os dispositivos legais da Lei nº 8.213/91 – Lei de Benefícios da Previdência Social, que prevêem a participação dos sindicatos em diversos momentos do exercício do poder de polícia administrativa. Vejamos:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o regulamento.

[...]

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade

competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

§ 1º Da comunicação a que se refere este artigo, receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o **sindicato** a que corresponda a sua categoria.

[...]

§ 4º Os **sindicatos e entidades representativas de classe** poderão acompanhar a cobrança, pela Previdência Social, das multas previstas neste artigo.

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I – até 200 empregados 2%

II – de 201 a 500 3%

III – de 501 a 1.000 4%

IV – de 1.001 em diante 5%

§ 1º A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, **aos sindicatos**

ou entidades representativas dos empregados.

Art. 119. Por intermédio dos **estabelecimentos de ensino, sindicatos, associações de classe, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUN-DACENTRO), órgãos públicos e outros meios, serão promovidas regularmente instrução e formação com vistas a incrementar costumes e atitudes prevencionista em matéria de acidente, especialmente do trabalho.**

Da mesma forma que o fez a Lei nº 8.231/91, o Decreto nº 3.048/99 também disciplina o acompanhamento, por parte dos sindicatos, e entidades representativas de classe acompanharão o cumprimento, por parte dos órgãos públicos envolvidos com a questão atinente ao meio ambiente de trabalho.

Art. 338. A empresa é responsável pela adoção e uso de medidas coletivas e individuais de proteção à segurança e saúde do trabalhador sujeito aos riscos ocupacionais por ela gerados. (Redação dada pelo Decreto nº 4.032, de 26.11.2001)

§ 1º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular. (Parágrafo renumerado pelo Decreto nº 4.032, de 26.11.2001)

§ 2º Os **médicos peritos da previdência social terão acesso aos ambientes de trabalho** e a outros locais onde se encontrem os documentos referentes ao controle médico de saúde ocupacional, e aqueles que digam respeito ao programa de prevenção de riscos ocupacionais, para verificar a eficácia das medidas adotadas pela empresa para a

prevenção e controle das doenças ocupacionais. (Parágrafo renumerado pelo Decreto nº 4.032, de 26.11.2001)

§ 3º **O INSS auditará a regularidade e a conformidade das demonstrações ambientais, incluindo-se as de monitoramento biológico, e dos controles internos da empresa relativos ao gerenciamento dos riscos ocupacionais, de modo a assegurar a veracidade das informações prestadas pela empresa e constantes do CNIS, bem como o cumprimento das obrigações relativas ao acidente de trabalho.** (Redação dada pelo Decreto nº 4.882, de 18.11.2003)

Art. 339. O Ministério do Trabalho e Emprego fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos arts. 338 e 343.

Art. 340. Por intermédio dos estabelecimentos de ensino, sindicatos, associações de classe, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, órgãos públicos e outros meios, serão promovidas regularmente instrução e formação com vistas a incrementar costumes e atitudes prevencionistas em matéria de acidentes, especialmente daquele referido no art. 336.

Art. 341. Nos casos de negligência quanto às normas de segurança e saúde do trabalho indicadas para a proteção individual e coletiva, a previdência social proporá **ação regressiva** contra os responsáveis.

Art. 342. O pagamento pela previdência social das prestações decorrentes do acidente a que se refere o art. 336 não exclui a responsabilidade civil da empresa ou de terceiros.

Art. 343. Constitui **contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e saúde do trabalho.**

Também cabe aqui referir os dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, no que tange à disciplina da atuação do SUS em saúde do trabalhador. Lá está dito que se entende por saúde do trabalhador:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho abrangendo: assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde -SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde -SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados das fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão,

periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, no âmbito do SUS, foi disciplinada pela Portaria/MS nº 3.120/1998, que estabelece, dentre os princípios norteadores, o controle social e a participação dos trabalhadores, segundo o qual **trabalhadores e suas organizações** devem estar envolvidos em todas as etapas do processo, na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades, na definição das estratégias, na execução, no acompanhamento, na avaliação das ações e no controle da aplicação dos recursos.

No mesmo sentido está pautada a Portaria/MS nº 3.908/98 que instrumentaliza as ações e serviços de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, ao estabelecer como pressuposto básico no inciso IV do art. 1º do anexo:

IV – controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de aten-

ção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas.

Um outro dispositivo normativo que poderia ser aqui referido, também, a Resolução/CFM nº 1.488/98 que, em seu art. 1º, estabelece que são atribuições dos profissionais que prestam assistência médica ao trabalhador:

Fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Vemos aqui que o trabalhador tem o direito de saber, acompanhar e controlar todas as informações que dizem respeito à sua saúde laboral.

Para concluir, quero dizer que o ônus suportado pelos trabalhadores com doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho é bastante elevado, trazendo conseqüências prejudiciais à sociedade como um todo, seja na família, seja nos serviços de atendimento, ou mesmo no corpo mutilado em decorrência dos agravos sofridos.

Há que se fortalecer a atuação das instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS na vigilância em saúde do trabalhador, de forma a desenvolver suas atividades, procurando as-

sociar as experiências de gestão e participação sindical ao trabalho desenvolvido por equipes multidisciplinares, à articulação interinstitucional e ao funcionamento dos conselhos gestores com a participação da sociedade civil organizada.

Neste aspecto, é indispensável, também, a participação de representante do sindicato ou associação profissional a que pertence o trabalhador no acompanhamento das inspeções e vistorias nos ambientes de trabalho, como forma de aprimorar o controle social e fortalecer o papel das entidades representativas na colaboração com o poder público.

Há que se melhorar a capacitação dos profissionais que prestam assistência médica ao trabalhador para que eles conheçam o conjunto de fatores que determinam a ocorrência das LER/DORT. É preciso analisá-la, a partir do processo de produção, no ponto em que as cargas se combinam dinamicamente. É a carga fisiológica proveniente de postura incômoda, trabalho muscular estático, os movimentos repetitivos, entre outros, e a carga psíquica gerada pelo ritmo de trabalho, a pressão de supervisão, tarefas esvaziadas; ou seja, é um conjunto de cargas que se potenciam entre si no processo de produção, realizando a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, levando-o ao adoecimento.

Neste sentido, a partir dos pressupostos da interdisciplinaridade e da intersetorialidade preconizados pela Saúde do Trabalhador, consideramos que a análise do processo saúde/doença no trabalho deve ser enriquecida com os conhecimentos e experiências de diferentes áreas de conhecimento que possam contribuir para explicitar a complexidade deste processo.

PRESSUPOSTOS E COMPETÊNCIA

PREREQUISITES AND JURISDICTION

Lusmary Fátima Turelly da Silva
Juíza de Direito da Vara de Acidentes de Porto Alegre

PALAVRAS-CHAVE

Seguro social, acidentes de trabalho, legislação trabalhista, LER/DORT, direito à saúde.

KEY WORDS

Social Security, occupational accidents, labor legislation, RSI/WMSD, healthcare rights.

Em matéria de acidente do trabalho ou doenças laborais, há dois direcionamentos ou canais:

- **ação acidentária:** movida contra o INSS, através da qual a parte requerente busca um benefício acidentário (auxílio-doença, auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez acidentária);
- **ação indenizatória:** ajuizada contra o patrão ou empregador, em relação ao qual o demandante requer indenização pelos danos ocasionados, na ótica patrimonial (ou material) ou extrapatrimonial (moral).

Em ambas, é necessária a comprovação:

- a) da existência da patologia;
- b) do nexo de causalidade entre a patologia e a atividade laborativa;
- c) do dano.

Ainda em relação à segunda, é preciso que fique comprovado ter o patrão agido com dolo ou culpa para a ocorrência da doença. Ou, ainda, em caso de aplicação da teoria do risco criado, invertendo-se o ônus da prova quanto à culpa (dolo) do empregador, fica a cargo desse último demonstrar que assim não ocorreu.

Também é importante referir que, em caso de não comprovação do nexo de causalidade, mas, havendo a doença e o dano, o trabalhador pode obter os mesmos benefícios junto ao Seguro Social, porém sob o caráter de benefício previdenciário ou comum, isto é, quando a doença não é de cunho laboral. Nesse caso, a competência é da Justiça Federal.

Partindo-se do pressuposto que a patologia é de cunho laborativo, no âmbito do Seguro Social, de conformidade com a vigente Lei nº 8.213/91 e suas posteriores alterações (Leis nºs 9.032/28.04.95 e 9.528/10.12.97), há quatro benefícios:

- 1º) auxílio-doença acidentário (código 91): previsto no art. 61, destina-se a amparar o obreiro enquanto incapacitado **temporariamente** para o trabalho e corresponde a 91% do seu salário-de-benefício;
- 2º) auxílio-acidente por acidente do trabalho (código 94): direcionado ao segurado que, depois de consolidadas as lesões, resultou com seqüelas que reduziram sua capacidade para o trabalho por ele habitualmente exercido, conferindo-lhe 50% do salário-de-benefício. Está previsto no art. 86;
- 3º) aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho (código 92): encontra-se no art. 44, sendo concedido ao trabalhador com seqüelas definitivas que o tornaram incapaz para o desempenho de qualquer atividade laboral, correspondendo a 100% de seu salário-de-benefício.
- 4º) pensão por morte por acidente do trabalho (código 93): rateada entre os dependentes do segurado falecido – arts. 74 e 75 – no valor de 100% da aposentadoria que o segurado percebia.

Já no que concerne à ação indenizatória, a fundamentação legal se encontra no inciso XXVIII do art. 7º da Constituição (BRASIL,

1988): “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:... XXVIII – seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa”, seguido de artigos do Código Civil (tanto o de 1916 – art. 159; quanto o novo Código Civil, em vigência desde o dia 11 de janeiro de 2003 – arts. 186 e 927), do Capítulo V do Título II (Da Segurança e da Medicina do Trabalho), da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT – Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977) e das Normas Regulamentadoras (NRs – Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978).

Aqui temos dois segmentos para a reparação do dano:

1 Dano material ou patrimonial (atinge o patrimônio):

- dano emergente e/ou lucros cessantes: art. 402 do novo Código Civil (reprodução fiel do art. 1059 do Código Civil de 1916) – que significa o atingimento no patrimônio, o que ela perdeu e o que deixou de ganhar em razão da doença = despesas com o tratamento e pensionamento (enquanto durar a incapacidade e, depois, tanto em caso de incapacidade quanto de redução de capacidade laboral, mas então de modo vitalício) – vide arts. 1059, 1538 e 1539 do Código Civil de 1916 e arts. 402, 949 e 950 do novo Código Civil.

2 Dano imaterial ou extrapatrimonial (atinge a pessoa):

- dano moral: dor, angústia, padecimento e vulnerabilidade da redução da capacidade laboral, desconforto de uma hospitalização (arts. 950, § único e 953, § único, do novo Código Civil, de 2003, trazem o arbitramento – antes estava no arbitramento do 1536, § 1º, Código Civil de 1916);
- dano estético: deformidade ou perda de parte corpórea (está no final do art. 949 do novo Código Civil – antes estava no art. 1538, § 1º do Código Civil de 1916);
- dano psíquico ou psicológico: a depressão, a síndrome do pânico, etc.

(Vide arts. 1059, 1538 e 1539 do Código Civil de 1916 e arts. 402, 949 e 950 do novo Código Civil).

Igualmente, é relevante anotar que os dois tipos de demandas (acidentária e indenizatória) são independentes, isto é, não se compensam e, portanto, podem ser cumuladas. Isso significa dizer que o obreiro tanto pode obter benefício acidentário quanto a indenização de seu empregador ou patrão, se preenchidos os requisitos.

LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA: HISTÓRICO

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Portaria nº 4062, de 6 de agosto de 1987. Reconhece a LER como doença do trabalho.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Ordem de Serviço 606, de 5 de agosto de 1998, aprova a Norma Técnica que altera a terminologia LER para DORT e dispõe acerca da avaliação de incapacidade para fins de benefícios previdenciários.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Anexo II do (item 22) – como antes nos Decretos nºs 611 de 1992 e 2.172 de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Lista as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo Relacionadas ao Trabalho.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF, 2001. cap. 18. (Normas e Manuais Técnicos, n. 114).

QUESTÕES CONTROVERTIDAS EM MATÉRIA DE LER/DORT

Para simplificar, tornando a linguagem do processo acessível àqueles que não são lidadores do Direito, coloco o tema de modo exemplificativo, resumindo os diferentes casos que se apresentam perante a Vara de Acidentes do Trabalho, a fim de que bem possam compreender a ótica do juiz.

Primeiro processo

A obreira afirma que é portadora de LER/DORT em razão de sua atividade laborativa. A perícia atesta que a obreira, com efeito, apresenta a doença e que ela se deve às condições de seu ambiente de trabalho. Aponta que a au-

tora teve sua capacidade de trabalho reduzida em 20% (pode ser outro percentual, depende do caso) e o restante da prova (documentos) mostra que efetuou gastos com tratamentos médico e fisioterápico, além de medicamentos, que não foram cobertos pelo Seguro Social ou por convênios.

Fará jus, portanto, a um pensionamento mensal e vitalício, correspondente a 20% do seu salário, desde a data em que ficou comprovado que contraiu a patologia. Também terá direito ao ressarcimento das despesas que efetuou.

Poderá ocorrer que, em vez da redução de capacidade laborativa, apure-se que a obreira restou incapacitada em definitivo para o trabalho. Nesse caso, seu pensionamento será de 100%.

Em qualquer dos casos (incapacidade ou redução de capacidade laboral), se a demandante ainda precisar de tratamento, medicamentos ou pessoa que a auxilie, comprovando-os, isso também lhe será concedido, incluindo-se aí tratamento psíquico ou psicológico pelo tempo que for necessário.

Aplica-se correção monetária e juros, tanto para as prestações vencidas do pensionamento quanto para as despesas efetuadas. E, ainda, o seu salário será corrigido no tempo, de acordo com os índices de reajustamento de sua categoria profissional ao tempo do diagnóstico da doença.

Além disso, como a patologia se caracteriza, principalmente, pela dor e enfrentamento de sofrimento com o tratamento, além do abalo à auto-estima que todo o trabalhador sente ao comparar-se com outro sadio, vendo sua capacidade de trabalho reduzida, será indenizado pelo dano moral, em valor que levará em

consideração a situação econômica das partes, o grau de culpa do patrão e as conseqüências da enfermidade. E, ainda, se houver dano estético, de conformidade com o grau, o valor do dano moral é majorado, podendo-se, também, estabelecê-lo separadamente.

Refiro, no entanto, que o juiz não pode extrapolar os limites da causa que lhe foi posta para julgamento, o que significa dizer que vai depender daquilo que foi pedido pela parte. Não raras vezes não se concede o pensionamento desde a data da constatação da doença porque, na fase inicial, o procurador da parte demandante requereu que o fosse a contar da data da demissão, da perícia médico-judicial, da citação, etc.

Prosseguindo com o caso em questão, supondo que essa parte ainda tenha ingressado com ação acidentária, paralelamente, fará jus ao benefício de auxílio-acidente (se houve redução de capacidade laborativa) ou de aposentadoria por invalidez (porque restou incapacitada para o trabalho). Não se descarta, outrossim, a hipótese de também merecer auxílio-doença acidentário pelo tempo em que esteve incapacitada temporariamente para o trabalho (em tratamento), se tal não lhe foi concedido anteriormente, quando então, após o dia seguinte ao da alta, receberá o auxílio-acidente. Ou, no caso de incapacidade, a conversão do auxílio-doença acidentário em aposentadoria por invalidez.

Já aqui o juiz dispõe de mais liberdade, porquanto o caráter da ação acidentária permite-lhe, inclusive, diante das provas do processo, conferir benefício diverso daquele que foi pedido pela parte autora. Exemplifico: o requerente pede a conversão do auxílio-doença comum em acidentário e, após, que esse seja

transformado em aposentadoria por invalidez. Constatando-se que ele faça jus à conversão do benefício de cunho comum ou previdenciário em acidentário, tal direito lhe é concedido. Porém, como não restou incapacitado para o trabalho, e sim com redução laboral, então, em vez da aposentadoria, mesmo que não tenha sido pedida, confere-se o auxílio-acidente.

Segundo processo

A parte autora não comprovou o nexo de causalidade entre a patologia apresentada e o seu trabalho, ou não provou que efetivamente esteve acometida da doença ou, ainda, não restou demonstrada a culpa ou dolo do patrão. A ação será julgada improcedente.

Ainda, se restar demonstrado que a parte autora simulou a doença, ela será considerada como litigante de má-fé, sendo-lhe imposta uma multa, além de indenização à parte contrária dos prejuízos que essa sofreu (arts. 16 a 18 do Código de Processo Civil).

Há que se atentar para o fato de que simular não é o mesmo que acreditar estar acometido de uma doença e ficar provado que não existe (e nunca existiu) a patologia naquela pessoa.

Terceiro processo

A demandante comprova que esteve acometida da patologia, mas curou-se (não há seqüelas). Entretanto, também demonstra o nexo de causalidade e que há culpa ou dolo, por parte do patrão, no cometimento da doença. Nesse caso, a ação será julgada par-

cialmente procedente, isto é, a demandante será ressarcida das despesas que efetuou, bem como terá direito a uma indenização por danos morais (dores, angústias, enfim, o sofrimento pelo qual passou em razão de ter adquirido a patologia).

Quarto processo

A obreira afirma que é portadora de LER/DORT em razão de sua atividade laborativa. A perícia, no entanto, não atesta o nexo de causalidade, ou se o atesta, aponta que a autora curou-se. E aqui reside a maior dificuldade para quem julga o processo.

O deslinde da questão se torna fácil quando a parte autora não traz para o processo qualquer elemento de prova em sentido contrário às assertivas do perito e, portanto, o feito é julgado improcedente em caso de ausência do liame causal. Já na hipótese de cura, comprovado que houve culpa ou dolo do patrão, a solução se torna idêntica ao terceiro processo.

Mas, em qualquer dos casos, isto é, seja na hipótese da perícia não atestar o nexo de causalidade, seja com relação às seqüelas (incapacitantes ou redutoras da capacidade laboral), havendo outras provas no processo (exemplo: documentos médicos e/ou testemunhas) a demonstrar que a obreira, com efeito, trabalhou em ambiente laboral capaz de produzir as lesões que alega, ou mesmo que restou com seqüelas, poderá o juiz afastar o laudo pericial e julgar, de conformidade com as demais provas que compõem o processo, pois, consoante a regra do art. 436 do Código de Processo Civil, o julgador não fica adstrito ao laudo pericial, desde que fundamentadamente o afaste. Diz o referido dispositivo: “o juiz não

está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos”.

Por isso, o papel do assistente técnico (médico que assessora a parte) é muito importante, pois, detendo a capacidade profissional em mesmo patamar que o perito (médico), ele tem melhores condições para oferecer os elementos técnicos que darão suporte à impugnação do laudo do que o advogado, que não as detém. Porém, não é por isso que a parte requerente ficará desamparada, pois o seu procurador, impugnando o laudo, pedindo esclarecimentos sob a forma de quesitos complementares ou apontando ao juiz as partes nas quais residem pontos contraditórios, ou, ainda, trazendo aos autos outros elementos de prova (tais como cópia do procedimento administrativo junto ao INSS, outros exames complementares ou documentos médicos que atestem o contrário), isso dará suporte ao julgador para que ele afaste o laudo, se for o caso.

Não se descarta, ainda, a possibilidade de realização de nova perícia, conforme expressa autorização do art. 437 do Código de Processo Civil: “o juiz poderá determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a realização de nova perícia, quando a matéria não lhe parecer suficientemente esclarecida”.

Aqui não basta somente o trabalho do juiz, como também o dos advogados, assistentes técnicos e da própria parte. Veja-se que, apresentado um laudo que negue o liame causal ou mesmo a incapacidade ou redução de capacidade laboral, no momento em que é conferida a vista aos procuradores sobre a perícia, a esses incumbe pedir a realização de outras provas para contrariá-lo, pois, em não fazendo, o juiz está autorizado a julgar o processo no estado

em que se encontra, entendendo que concorram com as conclusões periciais.

Ressalto, como também não poderia deixar de fazê-lo, que o trabalho do Ministério Público é de suma importância. Ainda que não atuem em todas as causas, mas necessariamente o fazem quando se trata de ação acidentária, ou nas indenizatórias, quando houver interesses de menores ou incapazes, os promotores de justiça não somente opinam, como pedem provas e efetuam os mais diversos requerimentos, igualmente na busca da verdade real dos fatos.

Aos advogados que atuam na defesa dos acidentados ou acometidos de doenças laborais/profissionais, pressupõe-se o conhecimento que devam ter da matéria e do caso que tomam em suas mãos para buscar o provimento jurisdicional, mas às partes, é relevante consignar que, se não munirem seus procuradores dos elementos probatórios necessários, poderão ter a sua causa perdida.

Por fim, não se pode perder de mira que o processo é composto por duas partes e, diante do princípio da igualdade entre os litigantes, valem as mesmas regras para o patrão ou empregador, na presença de um laudo pericial positivo. Igualmente, aqueles que acorrem ao Judiciário não podem esquecer nunca de que o juiz lida com duas versões: a da parte autora e a da parte ré, e o seu único compromisso é com a verdade real, com a aplicação e o cumprimento das leis.

PREVENÇÃO/PROCESSO JUDICIAL

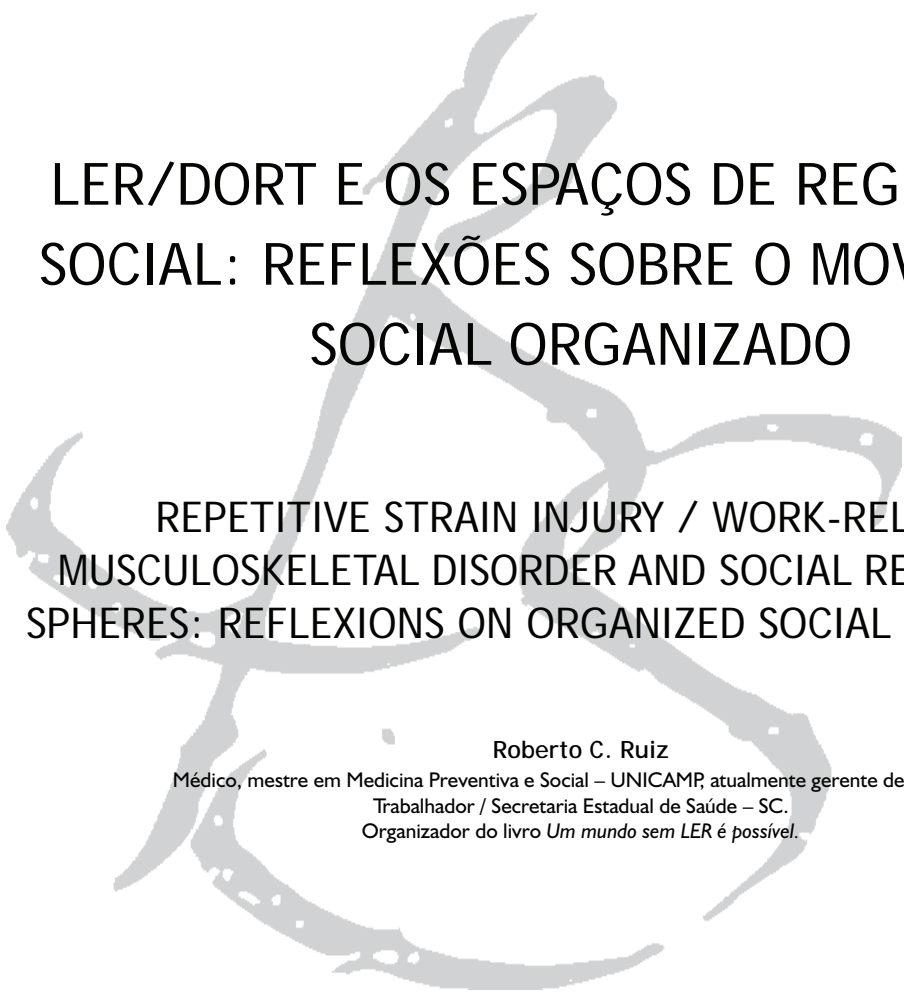
Apesar de lidar com as últimas consequências do caso, eis que esse somente chega às mãos do juiz quando já estabelecido o litígio

entre as partes, sem que se esqueça de anotar a possibilidade de acordo entre as partes (art. 331 do Código de Processo Civil). Acredito que, em vez de se cultivar uma cultura de litígio, a fim de que o Judiciário deva resolver todas as questões, pode-se tentar solucioná-las em outro âmbito, como o da prevenção.

Não atino que consulte melhor aos interesses de um empresário arcar com os custos de um processo e de uma indenização do que mapear na sua empresa, através do Programa de Prevenção de Riscos – PPRA, suas áreas de risco e possuir um Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO adequado e eficaz, aliado a um estudo ergonômico, treinamento para realização das tarefas de modo salutar e ginástica laboral. Também não creio que seja do interesse do obreiro bater às portas do Judiciário, no qual ele enfrentará uma maratona de exames, perícia, audiência e, principalmente, a necessidade de provar o seu direito, em vez de solicitar, junto ao seu patrão, com o apoio de seu Sindicato, da CIPA e dos profissionais das áreas de segurança e medicina do trabalho, que se efetivem os seus direitos, garantidos tanto pela Constituição Federal quanto pelas normas infraconstitucionais, sem a necessidade de que o encontro entre os dois seja de forma belicosa.

Enfim, sem que paire a idéia de que o Judiciário se furte de seu dever de prestar a jurisdição, deixe-se a esta Instituição somente aquilo que não pode ser solucionado pelo acordo entre as partes.

Essa é a experiência e a contribuição que me cabiam, utilizando uma linguagem mais simplificada e resumida possível. Agradeço a oportunidade de participar e o enriquecimento de conhecimentos proporcionado pela troca de idéias.



LER/DORT E OS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE O MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO

REPETITIVE STRAIN INJURY / WORK-RELATED
MUSCULOSKELETAL DISORDER AND SOCIAL REGULATION
SPHERES: REFLEXIONS ON ORGANIZED SOCIAL MOVEMENTS

Roberto C. Ruiz

Médico, mestre em Medicina Preventiva e Social – UNICAMP, atualmente gerente de Saúde do
Trabalhador / Secretaria Estadual de Saúde – SC.
Organizador do livro *Um mundo sem LER é possível*.

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, doenças ocupacionais, legislação em saúde.

KEY WORDS

RSI/ WMSD, occupational diseases, health legislation.

Muito se tem falado sobre a atual situação das doenças ocupacionais e do trabalho no Brasil. Podemos discuti-las a partir de inúmeros aspectos. Poderíamos falar sobre a situação das subnotificações, por exemplo, nas quais, por informações difundidas por organismos internacionais, apenas 4% são conhecidas. Logo, conhecemos apenas a “ponta do *iceberg*”.

Outro aspecto pelo qual também poderíamos discutir as doenças ocupacionais e do trabalho seria a partir da classificação dos riscos pelos quais elas são originadas. Lembramos que, nas Normas Regulamentadoras – NRs, existem limites para exposição ocupacional aos inúmeros riscos ocupacionais – sobretudo os químicos – e, se uma empresa apresenta laudos e avaliações ambientais realizados por profissionais, contratados e pagos pela própria empresa, fica valendo o resultado de tais laudos e avaliações. Na sua maioria, essas avaliações sempre concluem que os ambientes são salubres e sem riscos ou com riscos controlados, conforme a nossa experiência. Assim, casos típicos de trabalhadores que se tornam portadores de doenças ocupacionais não têm sido caracterizados (seja pela empresa, seja pelo órgão segurador, o Instituto Nacional do Seguro Social), uma vez que tais resultados de laudos e avaliações não demonstraram o nexo causal. O problema das Perdas Auditivas Induzidas por Ruído Ocupacional (PAIRO) é simbólico desta realidade. Há lesão do aparelho auditivo típica de exposição a ruído, assim como há também níveis de ruído altíssimos no ambiente de trabalho – fato esse que pode ser comprovado pelo fornecimento do protetor auricular aos trabalhadores –, mas não há a caracterização de doença ocupacional. Pena que isso ainda não sensibilizou o jornalista Boris Casoy, pois

poderíamos ter então a expressão mais precisa desta realidade: “... isto é uma vergonha...”. Neste artigo, entretanto, estamos propondo discutir as doenças ocupacionais e do trabalho, inclusive os acidentes do trabalho, a partir dos espaços de regulação social.

QUAIS ESPAÇOS DE REGULAÇÃO SOCIAL NÓS TEMOS?

O movimento da reforma sanitária, com suas primeiras raízes na década de 60 do século passado, teve, na sua caminhada vitoriosa, um grande prêmio: a consolidação de grande parte de sua luta na Constituição Federal de 1988. No ano em que se realizou a Assembléia Nacional Constituinte (1987), diferentemente de muitos setores que iniciaram a discussão de mudanças somente a partir da convocação desta constituinte, o setor saúde já tinha a proposta quase pronta, cujo ápice da discussão e proposição foi em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Desde então, seguimos consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS), tentando implementar um sistema público de saúde de qualidade acessível a toda a população brasileira. Este novo sistema de saúde, que começou a ser implementado a partir de 1988, incluía, entre suas tarefas, a atuação na área de saúde do trabalhador.

Para tanto, além de definir as ações próprias ao poder público, ele também definiu alguns espaços legais de controle social. Dois deles – as conferências de saúde e os conselhos de saúde – se constituem na tradução real da possibilidade de críticas e correções de rumo para os governos e serviços de saúde em seus diversos níveis (municipais, estaduais e fede-

ral). É claro que a atuação dos conselhos de saúde não depende apenas de lei, mas sim da articulação das forças políticas que o compõem e, sobretudo, da articulação política que essas forças políticas têm com a população em geral, com a devida capacidade de pressão e atuação sobre os governos.

Quanto às conferências, também se constitui em amplo espaço de debate e proposição de mudanças, mas seu sucesso será mais expressivo quanto maior articulação se faça entre seus próprios delegados, bem como quanto maior a articulação que se faça com a população em geral.

Assim, no setor saúde, entendo que existem estes dois grandes espaços oficiais de regulação social: os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Existem, ainda, outros espaços passíveis de regulação social, uma vez que, no seu modo de funcionar, esses prevêm a possibilidade de serem acionados por cidadãos ou sociedade civil organizada. Um exemplo é o Ministério Público do Trabalho (MPT) que, dentre suas funções constitucionais, deve defender os interesses difusos e coletivos da sociedade, aí incluídos os direitos relacionados à saúde da população trabalhadora. Em alguns estados como São Paulo, há também a atuação do Ministério Público Estadual – MPE, nos mesmos moldes do MPT.

Outro espaço, ainda, seria o Ministério do Trabalho, que tem seus Auditores Fiscais do Trabalho – AFTs. Atualmente, existe uma grande deficiência no número desses profissionais para fazer frente à necessidade de ações de fiscalização de que o Brasil necessita. Isso pode nos levar à seguinte reflexão: “fiscalização de menos, doenças ocupacionais e acidentes

de trabalho demais...”. Enfim, o Ministério do Trabalho pode ser um espaço de controle social na medida em que recebe, das entidades sindicais, denúncias que podem resultar em fiscalizações e melhorias dos ambientes de trabalho. Existem, ainda, outros espaços formais nos quais se pode exercer a regulação social, como o Ministério da Previdência e Assistência Social, que criou novamente os Conselhos de Previdência Social, além, obviamente, da Vigilância Sanitária e Programas de Saúde do Trabalhador dentro do SUS. Porém, vamos nos deter no tópico seguinte.

Os espaços da sociedade organizada de regulação social

Na sociedade civil organizada, é sabido que os movimentos sociais e as pressões políticas organizadas, em geral, precedem as leis e são espaços legítimos pelos quais ocorrem as mudanças progressistas de uma nação. O Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST traz um exemplo contemporâneo bastante significativo sobre as possibilidades de atuação e regulação social. O MST tem o reconhecimento internacional da sua luta, e também é reconhecido pelo povo trabalhador brasileiro, mas se dependesse da elite econômica e política que domina nosso país, é certo que a reforma agrária seria mais atrasada do que já é.

Outro exemplo de luta, agora trazendo mais próximo do nosso tema de discussão, seria o modo pelo qual as Lesões por Esforços Repetitivos – LER foram reconhecidas oficialmente a partir dos anos 80, quando houve uma verdadeira “explosão” de casos novos de LER, sem que os mesmos fossem reconhecidos como relacionados ao trabalho.

Naquele período, muitos médicos ficavam assustados com o crescente número de casos de “mau jeito” ou “reumatismos”. Com muita pressão sindical (Sindicato dos Trabalhadores em Processamentos de Dados), o INSS reconheceu, em 1987, a doença dos digitadores (tenossinovite ocupacional). Alguns anos depois, novamente por pressão do movimento sindical organizado, tivemos a ampliação do reconhecimento das LER para os demais locais de trabalho, onde havia a presença de fatores anti-ergonômicos.

Desta forma, podemos notar que os Sindicatos de Trabalhadores podem se constituir em importante espaço de regulação social, na medida em que oferecem a possibilidade de organizar e pressionar as autoridades constituídas para atuarem e se mobilizarem, executando ações que venham a minorar os problemas da classe trabalhadora.

Outro espaço que ganhou grande importância, a partir dos anos 90 do século passado, foram as Organizações Não-Governamentais – ONGs. Neste grupo, se enquadram as organizações de portadores de LER.

Em geral, essas organizações, chamadas de “Associações”, surgem a partir da falta de espaços dentro dos Sindicatos que, em muitos casos, não dispõem de mecanismos para absorver as demandas que os trabalhadores lesionados trazem. Esses trabalhadores, mobilizados pela sua dor, querem, *a priori*, um espaço, mesmo que informal, para buscar uma perspectiva de tratamento decente e o respeito aos seus direitos.

Temos acompanhado muitas destas ONGs, e algumas têm se caracterizado por se constituírem em espaços pouco politizados, centrando sua atuação em questões assisten-

ciais, limitando-se a celebrar convênios com médicos e laboratórios de exames médicos subsidiários. Por sua vez, quando organizados a partir de uma perspectiva de luta por melhores condições de saúde e de vida, elas podem se constituir em importantes espaços, contribuindo para transformações sociais progressistas.

Na cidade de Campinas, temos o exemplo do Sindicato dos Químicos Unificados de Campinas, Osasco e Vinhedo frente ao que está sendo chamado de “crime ambiental Shell/BASF”. A partir da organização dos próprios ex-trabalhadores, que criaram um grupo (o grupo dos ex-Shell/BASF), o Sindicato incentivou e apoiou as ações deste grupo, conseguindo muitas vitórias. Uma das últimas foi a representação feita junto ao Ministério Público da União, no sentido de denunciar o SUS da cidade de Paulínia, que não estava prestando a necessária assistência à saúde dos ex-trabalhadores expostos à contaminação ambiental ocupacional.

Um aspecto bastante importante da luta desse Sindicato e grupo dos ex-Shell/BASF é que os mesmos têm um grande apoio de mídia, a partir de um núcleo de imprensa bastante qualificado e preparado, estruturado no Sindicato há cerca de dez anos. Todas as ações do grupo são logo divulgadas junto à imprensa regional e algumas dessas, inclusive, já ganharam destaque através de telejornais de alcance nacional.

Entendemos que existe, desta forma, a regulação social das ações de Estado, não só pela atuação *per se*, mas também pela ampla divulgação que se dá às ações desenvolvidas. É notável tal efeito de mídia sobre a atuação do poder público que, ao ver determinados fatos amplamente divulgados, mobiliza-se

rapidamente no intuito de buscar soluções às questões colocadas por esses atores sociais.

Finalmente, pensando na perspectiva dos portadores de doenças ocupacionais e do trabalho, em especial, os portadores de LER, entendemos que os mesmos podem exercer uma ação relevante, atuando no sentido de “pressionar” o aparelho de Estado, contribuindo, assim, com as mudanças das atuais leis e regras que devem sofrer revisão referente ao enquadramento do nexos causal, passando pelo questionamento sobre a eficiência das propostas terapêuticas praticadas atualmente nos serviços de saúde, dentre várias outras possibilidades de atuação desses grupos.

Foi isso o que fizeram alguns portadores de LER e técnicos da área de saúde do trabalhador, ao criar o “Movimento por um Brasil livre de LER”. A proposta desse movimento prega que as LER se constituem em doença passível de ser prevenida e que, portanto, cabe à sociedade optar se irá continuar convivendo com o número cada vez maior de trabalhadoras e trabalhadores retirados do mercado de trabalho precocemente devido a tal enfermidade ou se, pelo contrário, teremos uma atitude de enfrentamento objetivo deste mal que nos assola, buscando a superação desta atual situação. Também nasceu há pouco tempo o MOVIDA BRASIL (Movimento Nacional em Defesa da Saúde e da Segurança no Trabalho da Classe Trabalhadora), que propõe constituir-se em uma plataforma de entidades sindicais e sociais agrupadas para potencializar seu poder de atuação na sociedade em geral.

Para que isso siga avançando, existe muito trabalho de organização ainda a ser feito entre os lesionados, o movimento sindical e o movimento social em geral. Como diriam

os chineses, “mil passos começam com o primeiro”, e já demos alguns passos iniciais. Agora, vamos vislumbrar como seguimos com nossa caminhada através de ações que diminuam, concretamente, o sofrimento humano e melhorem a qualidade de vida no nosso planeta.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LER/DORT

REPETITIVE STRAIN INJURY/WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS DIAGNOSIS PROTOCOL AND TREATMENT

Rodolpho Repullo Junior

Médico, especialista em Medicina do Trabalho, Ortopedia e Traumatologia.
Mestre e Doutor em Saúde Pública com área de concentração em Saúde Ambiental pela Universidade de São Paulo.
Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí – SP.
Médico do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da FMUSP
E-mail: rrepullo@usp.br

PALAVRAS-CHAVE

LER/DORT, doenças ocupacionais, terapia ocupacional, protocolos.

KEY WORDS

RSI/WMSD, occupational diseases, occupational therapy, protocols.

INTRODUÇÃO

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) constituem um conjunto de perturbações do aparelho locomotor, principalmente da coluna vertebral e dos membros superiores, com causa multifatorial, decorrentes da inadequação dos aspectos sociais, organizacionais e físicos do trabalho e de sua interação com os aspectos sociais, culturais e comportamentais do estilo de vida do trabalhador ou da trabalhadora e de suas características individuais.

Não há uma causa única e determinada para a ocorrência de LER/DORT. Conforme a literatura nos demonstra, vários são os fatores existentes no trabalho que podem concorrer para seu surgimento: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo – em particular membros superiores –, trabalho muscular estático, choques e impactos, vibração, frio, fatores organizacionais e psicossociais. Para que esses fatores sejam considerados como de risco para a ocorrência de LER/DORT, é importante que se observe sua intensidade, duração e frequência. Como elementos predisponentes, ressaltamos a importância da organização do trabalho caracterizada pela exigência de ritmo intenso de trabalho, conteúdo das tarefas, existência de pressão, autoritarismo das chefias e mecanismos de avaliação de desempenho baseados em produtividade – desconsiderando a diversidade própria de homens e mulheres.

Por constituir-se num grupo de distúrbios com múltiplas causas, de ordens psicossocial e física, que se apresenta através de várias for-

mas clínicas, o diagnóstico e o tratamento de afecções do grupo LER/DORT devem levar em conta essa gama de variáveis e, na medida do possível, envolver uma equipe multiprofissional e uma abordagem interdisciplinar. Quanto mais precoce o diagnóstico e o início do tratamento, maiores serão as possibilidades de êxito.

O Ambulatório do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – SSO – tem uma grande demanda de pacientes portadores desse grupo de afecções, em busca de atendimento especializado. Trabalhadores dos mais diversos ramos da economia, empregados e desempregados, do mercado formal e informal, ativos e inativos, buscam espontaneamente o serviço ou são encaminhados por centros de referência em saúde do trabalhador da Grande São Paulo, sindicatos de trabalhadores, serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho de empresas e outros.

Dentro do Programa de Atendimento de Pacientes com LER/DORT do SSO, a equipe responsável pelo atendimento é constituída por quatro médicos do trabalho, um Médico do Trabalho e Ortopedista, uma Enfermeira e uma equipe de Psicologia, com duas psicólogas e uma aprimoranda em Saúde Mental e Trabalho. Para padronizar todos os procedimentos envolvidos na atenção, houve a necessidade de elaborar um protocolo de atendimento que permitisse uma utilização mais racional dos recursos existentes e um aperfeiçoamento do atendimento prestado ao trabalhador.

Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico da literatura nacional e internacional, buscando conhecer protocolos de outros serviços, como também propostas de diagnós-

tico, tratamento e seguimento do portador de LER/DORT.

Em seguida, os procedimentos eleitos para o atendimento, a partir do conhecimento e da reflexão crítica dessas propostas, foram organizados em uma ficha de atendimento e realizado um teste, aplicando-o a um grupo de pacientes. Após a análise dos resultados do teste, a ficha de atendimento que contém o protocolo foi reformulada e passou a ser aplicada de forma rotineira, após um trabalho de treinamento da equipe.

A anamnese clínica, a ocupacional e o exame físico são realizados por enfermeira, psicóloga, médicos do trabalho e médico ortopedista do SSO, sendo os exames complementares, principalmente exames de imagem e consultas com especialistas, realizados nos demais serviços do HC-FMUSP.

O tratamento é feito com a utilização de recursos próprios do SSO e dos demais serviços do HC-FMUSP. O protocolo, inserido na ficha de atendimento, é o seguinte:

HISTÓRIA CLÍNICA COMPLEMENTAR

Localização exata do início do quadro:			
Há quanto tempo?			
Tipo de dor (se houver)	<input type="checkbox"/> pontada	<input type="checkbox"/> agulhada	<input type="checkbox"/> queimação
<input type="checkbox"/> em peso	<input type="checkbox"/> profunda	<input type="checkbox"/> outra:	
Irradiação da dor?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim, para	
Sinais e sintomas associados:	<input type="checkbox"/> formigamento	<input type="checkbox"/> edema	
<input type="checkbox"/> ↓ sensibilidade	<input type="checkbox"/> ↓ força	<input type="checkbox"/> hiperestesia	<input type="checkbox"/> eritema
<input type="checkbox"/> outro:			
Evolução do quadro:			

TRATAMENTO REALIZADO

<input type="checkbox"/> medicamentoso – nome, período	<input type="checkbox"/> fisioterapia – nº sessões, tipo	
<input type="checkbox"/> imobilizações – tipo, período	<input type="checkbox"/> cirurgias – tipo, período	
<input type="checkbox"/> acupuntura – período	<input type="checkbox"/> outro. Qual? Período?	
Descrição:		
Resultados	<input type="checkbox"/> melhora	<input type="checkbox"/> piora
<input type="checkbox"/> sem alteração	<input type="checkbox"/> parcial	<input type="checkbox"/> total
<input type="checkbox"/> temporário	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> outro:
Onde foi(foram) realizado(s):		
Obs.:		

CARACTERIZAÇÃO COMO DOENÇA DO TRABALHO

INSS	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	EMPRESA	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
------	------------------------------	------------------------------	---------	------------------------------	------------------------------

EXAME FÍSICO ESPECIAL

<input type="checkbox"/> Coluna Cervical: inspeção estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles, manobra de Spurling, teste de Adson
<input type="checkbox"/> Coluna Torácica: inspeção estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles
<input type="checkbox"/> Coluna Lombar: inspeção estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles, teste de elevação do MI, teste de Lasègue, teste de estiramento do nervo femural, exame neurológico
<input type="checkbox"/> Ombro: inspeção estática e dinâmica, teste de Neer, de Jobe e do bíceps
<input type="checkbox"/> Cotovelo: inspeção estática e dinâmica, teste dos epicôndilos
<input type="checkbox"/> Punho e Mão: inspeção estática e dinâmica, teste de Phalen, manobra de Finkelstein, percussão dos nervos
<input type="checkbox"/> Tender-points: occipital, cervical baixa, trapézio, supraespinhoso, epicôndilo lateral, 2º espaço intercostal, glúteos, Grande trocânter, joelhos. <input type="checkbox"/> mais de 11 dos 18 pontos
<input type="checkbox"/> Outro segmento. Qual?

EXAMES COMPLEMENTARES ANTERIORES

<input type="checkbox"/> USG	Data: / /	. Local:
<input type="checkbox"/> ENMG	Resultado:	
<input type="checkbox"/> RM		
<input type="checkbox"/> TC		
<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> USG	Data: / /	. Local:
<input type="checkbox"/> ENMG	Resultado:	
<input type="checkbox"/> RM		
<input type="checkbox"/> TC		
<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> USG	Data: / / . Local:
<input type="checkbox"/> ENMG	
<input type="checkbox"/> RM	
<input type="checkbox"/> TC	
<input type="checkbox"/>	
Resultado:	

CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Temperatura	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> má
Iluminação	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> má
Ventilação	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> má
Ruído elevado	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Vibração localizada. Onde?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Vibração de corpo todo	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Obs.:			

FATORES BIOMECÂNICOS

<input type="checkbox"/> Trabalho em pé	<input type="checkbox"/> Trabalho sentado	<input type="checkbox"/> Alternando
Mesa/bancada de trabalho – altura e largura adequadas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Postura confortável durante a atividade	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Movimentos repetitivos	<input type="checkbox"/> Uso de força	
<input type="checkbox"/> Compressão mecânica	Local:	
<input type="checkbox"/> Cadeira com regulagem de assento	<input type="checkbox"/> Cadeira com regulagem de encosto	
<input type="checkbox"/> Apoio para antebraços	<input type="checkbox"/> Apoio para os pés	
Obs.:		

FATORES PSICOSSOCIAIS

<input type="checkbox"/> Turno de trabalho fixo	<input type="checkbox"/> manhã	<input type="checkbox"/> tarde	<input type="checkbox"/> noite
<input type="checkbox"/> Turno rodizante. Como?			
<input type="checkbox"/> Horas extras	Nº horas extras por semana:		
<input type="checkbox"/> Exigência de produção	<input type="checkbox"/> Pressão constante da chefia		
<input type="checkbox"/> Rodízio de atividades	Periodicidade:		
<input type="checkbox"/> Pausas. Como?			
<input type="checkbox"/> Controle sobre as pausas	<input type="checkbox"/> Ritmo acima do seu limite		
<input type="checkbox"/> Controle sobre o ritmo de trabalho	<input type="checkbox"/> Há desgaste emocional?		
<input type="checkbox"/> Alto grau de responsabilidade	<input type="checkbox"/> Alto grau de atenção/concentração		
<input type="checkbox"/> Várias tarefas na mesma jornada	<input type="checkbox"/> Possibilidade de aprender		
<input type="checkbox"/> Influencia no planejamento	<input type="checkbox"/> Autonomia		
<input type="checkbox"/> Satisfação e realização pessoal no trabalho			
<input type="checkbox"/> Pode conversar com colegas durante o trabalho?			

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

<input type="checkbox"/> Tarefas domésticas. Quais:
Frequência:
<input type="checkbox"/> Atividades esportivas. Quais:
Frequência:
<input type="checkbox"/> Atividades de lazer. Quais:
Frequência:

DADOS COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONSULTAS COM ESPECIALISTAS E EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Provas reumáticas
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> USG de
<input type="checkbox"/> ENMG de	<input type="checkbox"/> TC de
<input type="checkbox"/> RM de	<input type="checkbox"/> RX de
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRATAMENTO

<input type="checkbox"/> Medicamentoso:
<input type="checkbox"/> Fisioterápico:
<input type="checkbox"/> Acupuntura:
<input type="checkbox"/> Cirúrgico:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES PARA O PACIENTE

AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA PARA O PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO

AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO ORTOPÉDICA PARA O PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO

POLÍTICA E NORMAS EDITORIAIS

EDITORIAL POLICY AND RULES

POLÍTICA EDITORIAL

Identificação

Com início em 1969, o Boletim da Saúde é um periódico de divulgação, inicialmente publicado pela Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul. De 1974 até 1980, sua publicação realizou-se em convênio com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Desde 1981, a Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul – SSMA, passou a ser responsável pela revista. Em junho de 1986, houve uma interrupção em sua edição, sendo reeditada em 1999/2000, com um novo projeto editorial.

Objetivos

O Boletim da Saúde tem como objetivo divulgar a produção técnica e científica e promover a disseminação de experiências para a formação do conhecimento necessário para apoiar os processos de mudança e construção de novas práticas em saúde.

EDITORIAL POLICY

Identification

Beginning in 1969, The Journal of Health is a divulging periodical, which was initially published by the Rio Grande do Sul State Health Business Department. From 1974 to 1980, its publication was done in agreement with the Special Service of Public Health Foundation – SESP. Since 1981, the Public Health School from the Rio Grande do Sul Department Health and Environment Department – SSMA, has been in charge of the magazine. In June 1986, there was an interruption of its edition, being reedited in 1999/2000, with a new editorial layout.

Goals

The Journal of Health aims at divulging the technical and scientific production and promoting the dissemination of experiences for the necessary knowledge construction to support the processes of change and construction of new health practices.

Responsabilidade

As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das referências e citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Seleção dos trabalhos

Os trabalhos recebidos para publicação no “Boletim da Saúde” serão encaminhados para apreciação de dois avaliadores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo também os nomes dos autores.

Trabalhos já publicados

Serão aceitos trabalhos já publicados em outros periódicos, desde que autorizados pelo Conselho Editorial do periódico em que o artigo tenha sido originalmente publicado.

Envio do artigo

Os trabalhos, para a apreciação do Conselho Editorial, devem ser enviados para o Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS, Avenida Ipiranga 6311 – Bairro Partenon – CEP 90610-001 – Telefones: (51) 3901 15 03 – 3901 14 96 – 3901 15 01 – e-mail: ceids@saude.rs.gov.br



Responsibility

The opinions given in the articles, the accuracy, adequacy and reference's origin as well as the bibliography are solely on the authors' responsibility.

Selection of Articles

The articles received to be published in the “Journal of Health” will be sent to be evaluated by two experts, whose names will be maintained in secrecy, also omitting the authors' names.

Articles already published

It will be accepted articles already published in other periodicals, since authorized by the periodical Editorial Board, in which the article was originally published.

How to send the articles

The articles, to be appreciated by the Editorial Board, shall be sent to the Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS (Health Documentation and Information Center), Avenida Ipiranga 6311 – Bairro Partenon – CEP 90610-001 – Phone numbers: (55) (51) 3901 15 03 and 3901 14 96 and 34901 15 01 – e-mail: ceids@saude.rs.gov.br



Políticas de publicação

A revista reserva-se o direito de sugerir mudanças no texto, visando a manter o nível da publicação, respeitando o estilo dos autores. A revista manterá a guarda dos originais durante o período de 12 meses.

NORMAS EDITORIAIS

As matérias a serem elaboradas devem ter como eixo temático a saúde pública e saúde coletiva, estruturados em:

- artigos de periódico – originais, inéditos ou de revisão;
- ensaios e reflexões;
- relatos de experiências;
- estudo de caso;
- notícias de projetos de pesquisa ou de ação, sob forma de notas ou resumo;
- resenhas (resumos de textos lidos e importantes para divulgação);

DEFINIÇÃO DAS ESTRUTURAS

Artigo de periódicos – Texto com autoria declarada, que apresente e discuta idéias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento. O artigo pode ser:

- original, quando apresenta temas ou abordagens próprias;

Publication Policies

It is up to the publication the right to suggest changes in the text, aiming at maintaining its level, respecting the authors' style. The publication will maintain the originals' safeguard for 12 months.

EDITORIAL RULES

The texts to be developed shall have as subject matter the public health and collective health, structured in:

- Periodical articles – original, unpublished or a review;
- Essays and reflections;
- Experience reports;
- Case study;
- News of survey or action plans, presented as notes or abstracts;
- Reports (summary of the texts which were read and important to divulgation);

STRUCTURE DEFINITIONS

Periodical article – Text with declared authorship, presenting and discussing ideas, methods, techniques, processes and results in different areas of knowledge. The article can be:

- original, when it presents the author's own subject matters or approaches;

- de revisão, quando resume, analisa e discute informações já publicadas.

Ensaio e reflexões – textos analíticos resultantes de estudos, pesquisas e revisões.

Relatos de experiências – apresentação de experiência profissional, com base em estudos de casos de interesse, acompanhados de comentários sucintos, úteis para a atuação de outros profissionais na área.

Estudo de caso – um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular. É uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real.

Notícias de projetos de pesquisa ou de ação – em formato de resumo.

Resenhas – de maneira genérica, a resenha ou resenha designa um tipo de trabalho de síntese, análise resumida ou arrolamento de produções científicas, ou exposição sintética de assuntos tratados em uma obra. A resenha crítica analisa, em profundidade, o assunto, conferindo apreciação do valor informativo da obra. Geralmente, é elaborada por especialistas da área em questão.

Resumos – apresentação concisa dos pontos relevantes de um texto. Resumo Informativo – informa ao leitor, para que este possa decidir sobre a conveniência da leitura do texto inteiro. Expõe finalidades, metodologia, resultados e conclusões.

Orientações Gerais para Apresentação dos Originais

Todos os trabalhos devem ser enviados em duas cópias impressas em papel e em dis-

- review, when it summarizes, analyses and discusses information already published.

Essays and reflections – analytical texts resulting of studies, researches and reviews.

Experience report – presentation of professional experience, based on interesting case studies, followed by succinct comments, useful for other professionals of the area.

Case study – a case study refers to an intensive analysis of a particular situation. It is an empirical inquiry, investigating a contemporary phenomenon within the context of real life.

News on research or action projects – abstract format.

Reports – in a generic way, the report or summary denotes a kind of synthesis work, a summarized analysis or scientific-production inventory, or a synthetic exposition of subject matters treated in a work. The critical report analyses, in depth, the subject matter, checking the work information value. In general, it is developed by experts.

Abstracts – a concise presentation of the relevant points of a text – Informative summary – it informs the reader in order that he/she may decide on the convenience of reading all the text. It shows the objectives, methodology, results and conclusions.

General Guidelines for the Original Presentation

All the works shall be sent in two printed copies in paper and diskette (*Word for Windo-*

quete no editor de textos *Word for Windows*, com espaçamento entre linhas de 1,5, margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm, fonte Arial 12, com, no máximo, 15 páginas.

A primeira página (folha de rosto) deverá conter apenas o título do trabalho, versão, em inglês, do título, nome(s) completo(s) do(s) autor (es), indicando o responsável pela correspondência, nome e endereço(s) da instituição a que está (estão) vinculado(s), além de breve currículo do(s) autor (es).

Recomenda-se que os trabalhos tenham a seguinte estrutura:

- **título** – (em negrito, em letras maiúsculas) conciso e informativo na língua do texto e em inglês;
- **autoria** – (centralizada, abaixo do título) nome completo de cada um dos autores, titulação mais importante de cada autor, instituição ao qual está vinculado e endereço eletrônico;
- **resumo** – informativo, com extensão de até 250 palavras;
- **palavras-chave** – Indicar até 4 descritores, que são termos ou expressões indicativas do conteúdo do trabalho. Utilizar termos integrantes da lista publicada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.
- **abstract** – deverá ser uma versão em inglês do resumo em português;
- **key words** – deverá ser uma versão em inglês das palavras-chave;

ws), space between lines: 1.5; left and top margin: 3 cm, and right and bottom margin: 2 cm; font: Arial 12; with 15 pages at the utmost.

The first page (title page) shall only contain the title of the work, the version into English of the title, complete name(s) of the author(s), indicating the responsible for the correspondence, the name and address of the institution, to which they are linked, besides a brief curriculum of the author(s).

It is suggested that the works have the following structure:

- **title** – (in bold and Capital letters) concise and informative in the language of the text and in English;
- **authorship** – (in the middle, below the title) complete name of each one of the authors, the most important degree of each author, the institution to which he/she is linked and e-mail address;
- **abstract** – informative, up to 250 words;
- **key words** – Indication of up to 4 descriptors, which are terms or expressions indicating the content of the work. Utilization of terms integrating the list published by Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information – BIREME, available on: <http://decs.bvs.br/>.
- **abstract** – it shall have an English version of the abstract in Portuguese;
- **key words** – It shall be an English version of the key words in Portuguese;

- **texto** – podendo haver subtítulos sem numeração. As tabelas e figuras (fotos, quadros e ilustrações) deverão estar inseridas dentro do texto com espaço definido 7,5 cm ou 15,5 cm. Os gráficos deverão ser transformados em tabelas. As figuras deverão ser em preto e branco, não excedendo o total de 5.
- **referências** – devem aparecer listadas em ordem alfabética para facilitar a citação do trabalho. A exatidão das mesmas é de responsabilidade do(s) autor(es).

Os trabalhos devem seguir as normas abaixo:

- Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. **NBR 6023, NBR 10520.**
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Normas de apresentação tabular.**

- **text** – It can have subtitles with no numbers. The tables and pictures (photos, tables and illustrations) shall be inserted within the text with a defined space 7.5 cm or 15.5 cm. The graphs shall be changed into tables. The pictures shall be in black and white, up to 5.
- **references** – They shall be presented listed in alphabetic order to make easy the work citation. The author(s) is (are) responsible for the their accuracy.

The works shall follow the rules below:

- Brazilian Association of Technical Rules – ABNT. **NBR 6023, NBR 10520.**
- Brazilian Institute of Geography and Statistics – IBGE. **Tabular Presentation Rules**