

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: UM ESTUDO SOBRE A
VIVÊNCIA DO TRABALHADOR PORTADOR DE L.E.R.**

JANNE CAVALCANTE MONTEIRO



0.270.597-9



UFSC-BU

**FLORIANÓPOLIS - SC
1997**

JANNE CAVALCANTE MONTEIRO

**LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: UM ESTUDO SOBRE A
VIVÊNCIA DO TRABALHADOR PORTADOR DE L.E.R.**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de
Produção da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título
de Mestre em Engenharia de Produção.**

Orientadora: Leila Amaral Gontijo Dr^a Erg.

**Florianópolis
1997**

JANNE CAVALCANTE MONTEIRO

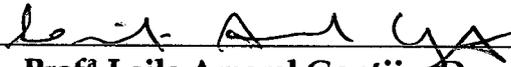
LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: UM ESTUDO SOBRE A
VIVÊNCIA DO TRABALHADOR PORTADOR DE L.E.R.

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, especialidade em Ergonomia, aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

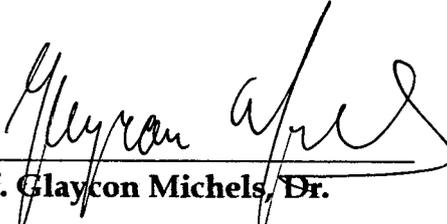


Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do P.P.G.E.P.

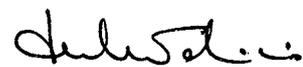
Banca Examinadora:



Profª Leila Amaral Gontijo, Dra.
Orientadora



Prof. Glaycon Michels, Dr.



Profª Zuleica Maria Patricio, Dra.

**Dedico este trabalho às duas pessoas que sempre me
incentivaram a acreditar que posso romper meus
limites: minha mãe e meu esposo.**

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que contribuíram para que eu pudesse realizar o mestrado e este trabalho de conclusão, algumas talvez não saibam da importância de sua participação. Embora não citando todas que compartilharam esse período de minha vida, gostaria de agradecer a todas. Entretanto, como é um trabalho difícil esse de listar pessoas, gostaria de agradecer especialmente:

Ao meu esposo, Ronaldo, pelo incentivo e ajuda constante durante este trabalho.

À prof^a Leila Amaral Gontijo, por me ter proporcionado a oportunidade de realizar este mestrado e pela orientação e atenção no decorrer deste trabalho.

À prof^a Zuleica Maria Patrício e ao prof. Glaycon Michels pelas sugestões e correções propostas para esta dissertação e pela participação na banca examinadora.

Aos associados da APLER/SC que, ao aceitarem ser entrevistados, contribuíram de forma relevante para o estudo de caso desta dissertação, e em especial à Márcia Platt e Ana Maria pela confiança e apoio.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo, mesmo distante geograficamente.

A todos os amigos e colegas, os quais não citarei nomes para não ser injusta caso esqueça alguns, pois foram tantos que a mim confiaram sua amizade neste período de minha vida.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	iii
LISTA DE TABELAS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	1
1.2. OBJETIVOS DO TRABALHO	3
1.2.1. <i>Objetivo Geral</i>	3
1.2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	3
1.3. HIPÓTESE	4
1.4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO	4
1.5. METODOLOGIA	6
1.6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	7
1.7. ESTRUTURA DO TRABALHO	7
2. RECONHECENDO A DOENÇA	9
2.1. ASPECTOS CONCEITUAIS	9
2.2. ASPECTOS CLÍNICOS	11
2.3. FATORES CAUSAIS	16
2.4. INCIDÊNCIA	25
2.5. CONDUTAS EM RELAÇÃO À L.E.R.	29
2.5.1. <i>Em Relação à Regulamentação</i>	29
2.5.2. <i>Em Relação ao Tratamento</i>	31
2.6. REPERCUSSÕES DA L.E.R.	37
3. CRITÉRIOS UTILIZADOS NA PREVENÇÃO DA L.E.R.	41
3.1. A NORMATIZAÇÃO E A L.E.R.	41
3.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE ERGONOMIA	45
3.2.1. ERGONOMIA E L.E.R.	48
4. A VIVÊNCIA DA L.E.R.: ESTUDO REALIZADO NA ASSOCIAÇÃO DOS PORTADORES DE L.E.R. DE SC	55
4.1. INTRODUÇÃO	55

4.2. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	55
4.2.1. <i>Método de Trabalho</i>	55
4.2.2. <i>Limitações da Pesquisa de Campo</i>	57
4.3. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS	58
4.3.1. <i>Caracterização Geral do Grupo</i>	58
4.3.2. <i>Características do Trabalho</i>	60
4.3.3. <i>Características da Doença</i>	72
4.3.4. <i>Relação com a Doença</i>	81
4.3.5. <i>Vida Atual</i>	88
4.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	96
5. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES.....	101
5.1. CONCLUSÕES SOBRE A PESQUISA.....	101
5.2. RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO.....	103
5.3. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	104
ANEXOS.....	106
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	114
BIBLIOGRAFIA.....	119

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.1. Fluxograma apresentando representação esquemática do procedimento metodológico do trabalho.</i>	6
<i>Figura 2.1. Fluxograma de conduta médico-administrativa no caso de trabalhador com dor nos MMSS</i>	35
<i>Cont. Fig. 2.1. Fluxograma de conduta médico-administrativa no caso de trabalhador com dor nos MMSS</i>	36
<i>Figura 3.1- Abordagem integrada de serviços para a implantação de um programa ergonômico.</i>	48
<i>Figura 4.1- Acometimento da L.E.R. por Sexo.</i>	58
<i>Figura 4.2 - Faixa etária atual da amostra.</i>	59
<i>Figura 4.3 - Estado Civil.</i>	59
<i>Figura 4.4 - Escolaridade</i>	60
<i>Figura 4.5 - Função Atual.</i>	61
<i>Figura 4.6 - Relativo ao tempo de serviço na profissão atual.</i>	64
<i>Figura 4.7- Desenvolvimento do Trabalho.</i>	65
<i>Figura 4.8 - Exigências do trabalho.</i>	68
<i>Figura 4.9 - Relacionamento no trabalho.</i>	69
<i>Figura 4.10 - Outras Atividades.</i>	70
<i>Figura 4.11 - Situação atual de trabalho.</i>	71
<i>Figura 4.12 - Afastamentos do trabalho em decorrência da L.E.R.</i>	71
<i>Figura 4.13 - Significado do trabalho antes da L.E.R.</i>	72
<i>Figura 4.14 - Tempo de Início dos Sintomas da doença.</i>	73
<i>Figura 4.15 - Nexo causal.</i>	77
<i>Figura 4.16 - Principais queixas relativas a L.E.R.</i>	78
<i>Figura 4.17 - Satisfação com o tratamento</i>	79
<i>Figura 4.18 - Colaboração da empresa com o tratamento.</i>	80
<i>Figura 4.19 - Benefícios Salariais</i>	80
<i>Figura 4.20 - Percepção do estado de saúde atual.</i>	81
<i>Figura 4.21 - Mudanças de vida.</i>	82
<i>Figura 4.22 - Reação do portador diante da L.E.R.</i>	83
<i>Figura 4.23 - Reação dos colegas diante da L.E.R.</i>	84
<i>Figura 4.24 - Reação da família diante da L.E.R.</i>	84
<i>Figura 4.25 - Percepção quanto à cura da doença.</i>	85
<i>Figura 4.26 - Percepção dos culpados pela L.E.R.</i>	86
<i>Figura 4.27 - Condições de realizar trabalho.</i>	89
<i>Figura 4.28- Satisfação com a conduta da empresa.</i>	90

<i>Figura 4.29 - Segurança em relação ao emprego.</i>	90
<i>Figura 4.30 - Percepção do modo de vida atual.</i>	91
<i>Figura 4.31 - Expectativas em relação ao emprego atual.</i>	92
<i>Figura 4.32 - Perspectivas em relação ao futuro profissional.</i>	93
<i>Figura 4.33 - Perspectivas em relação à vida pessoal.</i>	93
<i>Gráfico 4.34 - Participação de atividades sociais.</i>	94
<i>Figura 4.35 - Valores na vida atual.</i>	95

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 2.1. Fatores Ocupacionais Associados às Causas da L.E.R.</i>	23
<i>Cont. Tabela 2.1. Fatores Ocupacionais Associados às Causas da L.E.R.</i>	24
<i>Tabela 2.2. Demonstrativo da Conduta de Tratamento da L.E.R.</i>	33
<i>Tabela 3.1. Normas Regulamentadoras aplicáveis a ambientes de trabalho com risco de ocorrência de L.E.R.</i>	43
<i>Tabela 4.1. - Tipos de Doenças Osteo-músculo-esqueléticas relativas à L.E.R., identificadas na amostra.</i>	76

RESUMO

Este trabalho estuda as Lesões por Esforços Repetitivos sob a visão do portador, com o objetivo de compreender o papel desta doença na vida dos trabalhadores portadores de L.E.R. Procura também traçar um histórico de trabalho e de vida dessas pessoas, buscando encontrar os fatores que poderiam tê-la determinado. Para isso, utiliza-se o método de pesquisa de campo, realizado em duas partes: um estágio exploratório e outro de coleta de dados, o qual foi feito por meio de questionário. Verificou-se que as condições ergonômicas inadequadas para o trabalho e as próprias características individuais das pessoas são determinantes da doença nos sujeitos que participaram do estudo. A invisibilidade - principal característica da doença - é causadora de muitos transtornos para o portador, que sofre descrédito no trabalho, na família e junto aos profissionais de saúde. A L.E.R. também ocasiona uma modificação em todo o estilo de vida do portador e da família causando transtornos emocionais e limitações físicas que restringem sua vida social em algum momento, ocasionando expectativas sombrias quanto ao seu futuro. Os resultados da pesquisa mostram a necessidade de maiores informações sobre a L.E.R. São propostas da pesquisa mudanças na estrutura física e social do trabalho que permitam a prevenção da doença, bem como a reinserção desses sujeitos nos seus ambientes de trabalho e na sociedade em geral.

ABSTRACT

This work investigates Repetitive Strain Injuries (RSI) from the worker's point-of view, aiming at a better understanding of the role of that disease in the lives of the affected workers. By looking into the person's work history and living conditions, an attempt is made to identify the factors that could have caused the disease. In order to do that, a methodology based on field study is employed. It comprises two parts, namely, an exploratory stage and a data gathering stage which is conducted through the use of a questionnaire. For the sample studied it has been concluded that ergonomically improper work conditions and the person's individual characteristics are determining factors for the development of the disease in the subjects that have participated of the research. Invisibility - which is the main characteristic of the disease - is the cause of considerable embarrassment to the affected worker, who suffers from discredit in the work place, in the family and during contacts with health care professionals. The RSI also brings about changes in the worker's lifestyle, affecting his/her family, causing emotional problems and, in some moments, physical limitations affecting his/her social life. All those factors raise negative expectations concerning his or her future. The results of the research indicate the need of more information concerning RSI. Changes in the physical and social structure of the working environment are proposed in order to prevent the disease and to allow the re-insertion of the subjects in the working environment as well as in the society in general.

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O papel das atividades ou dos movimentos repetitivos no desenvolvimento ou exacerbação de neuropatias compressivas ou distúrbios não específicos das extremidades, vem sendo relatados por aproximadamente dois séculos atrás. Isso se verifica na literatura desde 1717 quando, Ramazzini, relatou que os movimentos violentos e irregulares, bem como posturas inadequadas durante o trabalho provocavam sérios danos à máquina vital (Armstrong, 1986). Apesar de ultrapassado, esse paradigma mecanicista do homem é bastante forte, principalmente no que diz respeito ao trabalho repetitivo.

Do mesmo modo, em 1891, Fritz De Quervain associou a tenossinovite do polegar à atividade de lavar roupas e denominou essa patologia como "*entorse das lavadeiras*" (Assunção, 1995).

Entretanto, foi o Japão um dos primeiros países a dar a devida importância e reconhecer as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.) como um distúrbio músculo-esquelético decorrente do trabalho e de origem multicausal, já na década de 60. Este interesse surgiu em virtude da alta incidência de distúrbios cervicobraquiais em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos. No intuito de estudar esse problema, criou-se então, o Comitê da Associação Japonesa de Saúde Ocupacional (*ibidem*).

As Lesões por Esforços repetitivos também foram principal fenômeno de estudo em outros países, visto o aumento da relação entre os movimentos repetitivos realizados e o desenvolvimento de alguns distúrbios de saúde.

Na Austrália, foi identificado um grande número de lesões por esforços repetitivos junto aos operadores de telefone nos anos 80, chegando-se a rotular esta afecção como a "*nova epidemia industrial*" (Guidotti, 1992).

No Brasil, até a década de 80, a L.E.R. era conhecida como "*doença dos digitadores*", devido aos primeiros casos de tenossinovite terem sido diagnosticados em digitadores (Sato et al, 1993).

Atualmente, temos assistido a um relato de aumento substancial na incidência de Lesões por Esforços Repetitivos. O que antes reduzia-se apenas à "*doença dos digitadores*", hoje constata-se abranger um número considerável de profissões que têm em comum, principalmente, a repetição de movimentos em espaços de tempo determinados pela organização específica do trabalho. Isso implica num quadro clínico que resulta em fadiga, queda da performance no trabalho, dor, incapacidade parcial ou total para o trabalho.

Em virtude do acometimento de outras categorias profissionais, hoje a L.E.R. já é considerada um problema de saúde pública. Desta forma, não somente os digitadores são considerados categorias profissionais com risco de desenvolver a doença, como também as formas clínicas da L.E.R. abrangem mais patologias do que apenas a tenossinovite.

De acordo com Higgs & Mackinnon (1995), apesar de quase duas décadas de estudos, a L.E.R., continua sendo o maior e o mais freqüente problema das extremidades superiores relativo ao trabalho. Isso se explica pela incerteza nas queixas e no desenvolvimento de tratamentos satisfatórios, o que tem gerado muitas controvérsias em diversos países.

Devido a essa problemática em torno da L.E.R., é de se esperar que o portador, não apenas sofra conflitos em decorrência das indefinições a respeito de diagnóstico e tratamento, mas também pelo fato da doença atingir o seu desempenho laborativo - ato considerado precioso culturalmente para o homem.

Dessa forma, ocorre uma situação discriminante e estigmatizante tanto no trabalho como no lar, em decorrência da principal sintomatologia da doença e a partir da qual ocorrem as limitações funcionais: a dor, já que não é visível aparentemente.

Em decorrência de todos esses questionamentos, a L.E.R. torna-se bastante discutida por parte de sindicatos, Ministério do Trabalho, órgãos de classe, Secretarias de Saúde e empresas que vêem a necessidade de implantação de medidas preventivas e corretivas, principalmente no que diz respeito às necessidades laborais do homem.

Entretanto, mesmo com tais medidas, a L.E.R. ainda apresenta problemas de diagnóstico, de tratamento e de reabilitação.

1.2. OBJETIVOS DO TRABALHO

1.2.1. Objetivo Geral

Compreender o papel das Lesões por Esforços Repetitivos na vida dos trabalhadores portadores dessa doença, tanto no aspecto profissional como na vida em geral. Para isso, pretende-se traçar um perfil dessas pessoas, tanto no seu histórico de trabalho quanto de vida, objetivando também compreender as relações entre um e outro aspecto.

1.2.2. Objetivos Específicos

- verificar quais métodos são usualmente utilizados e que contribuem na prevenção da L.E.R. no grupo estudado;
- mostrar a situação atual vivenciada pelos portadores de L.E.R.;
- mostrar as medidas preventivas de L.E.R. que possibilitam a redução dessa problemática, através de revisão da literatura.

1.3. HIPÓTESE

Devido aos vários problemas em torno da L.E.R. supõe-se que a situação atual vivenciada pelos portadores seja desconfortante, refletindo em sua vida familiar, na social e no trabalho. Contudo, existe possibilidade e necessidade de mudanças na estrutura física e social de trabalho que permitem a reinserção destes indivíduos, a fim de que eles possam ter uma vida plena e satisfatória.

1.4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO

A história do trabalho repetitivo é tão longa quanto a do próprio trabalho, visto que na agricultura primitiva e no comércio antigo, já existiam tarefas altamente repetitivas.

Devido a sua condição histórica e primitiva, pensou-se que o trabalho com movimentos repetitivos iria desaparecer, dando lugar à automação. Entretanto, White (apud Kuorinka, 1995) afirma que essa tendência não pode ser considerada como totalmente verdadeira, pois a manipulação manual tem assumido um papel relevante em tarefas que a máquina não consegue executar, sendo que os esforços repetitivos, muitas vezes, ficam a cargo de mãos humanas.

Segundo J. Leplat (apud Fialho & Santos, 1995) “o trabalho situa-se ao nível da interação entre o homem e os objetos de sua atividade”. Contudo, observa-se que essa coexistência esperada entre homem e trabalho torna-se vulnerável na medida em que este ocorre em situação incompatível com a existência humana, o que pode gerar disfunções como as L.E.R.s em ambientes de trabalho que exijam movimentos contínuos e repetidos de um determinado membro do corpo humano, além da exigência mental, de tempo e de produtividade.

A magnitude assumida pela L.E.R. em nossa sociedade, faz com que muitos pesquisadores demonstrem interesse por esta questão, principalmente no que diz respeito a sua etiologia e suas repercussões sobre o sujeito e a sociedade como um todo. Isso se justifica pelo alto custo para o trabalhador - visto que ele pode perder seu emprego e sua saúde - para as empresas, para o sistema de seguridade e para a própria sociedade, os quais também pagam um preço pela perda de um indivíduo produtivo.

Em decorrência disso, essa discussão em torno da L.E.R. merece ser aprofundada, não apenas sob o aspecto da incapacidade laboral ocasionada pela doença, mas principalmente no que diz respeito à experiência de vida dos portadores, visto que tendo conhecimento das repercussões desta doença ocupacional para o ser humano, talvez seja possível compreender melhor as causas e a partir daí estruturar medidas preditivas, preventivas e curativas mais eficazes.

É sabido que as mudanças sociais são tendências dinâmicas e constantes, permitindo assim a conscientização de certas disfunções do sistema organizacional. Então, o olhar sobre o portador de L.E.R. no sentido de descobrir sua vivência em relação à doença, assim como as conseqüências para sua vida em geral, permite essa conscientização a partir do momento que vem à tona "o quê" causa o problema e "as conseqüências" deste problema.

A partir desse ponto de vista, ou seja, olhando o homem como sujeito, é possível adotar comportamentos pró-ativos que visem minimizar ou eliminar essas disfunções. Desse desígnio parte a Ergonomia, ou seja, buscando o respeito ao homem no sentido global, num ato que lhe é bastante valioso, o trabalho.

Dessa forma, pressupõe-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida do homem bem como para a qualidade dos serviços oferecidos por este.

1.5. METODOLOGIA

A metodologia empregada baseou-se na revisão da literatura sobre a L.E.R., a fim de traçar o ponto de vista desta pesquisa. Em seguida, deu-se a aplicação em campo dos conhecimentos obtidos na literatura, através da participação como ouvinte nas reuniões da Associação dos Portadores de L.E.R. de Santa Catarina, para se inteirar da problemática em situação real. Após essa etapa, deu-se a aplicação de entrevista dirigida, para obter dados quanto à vivência dos portadores de L.E.R. em relação à doença e ao trabalho. Para verificar a efetividade da entrevista dirigida, fez-se a aplicação piloto.

Ao final, houve o tratamento dos dados, a elaboração das conclusões, e como assegura a prática ergonômica, o retorno dos resultados deste estudo à APLER/SC.

Os passos seguidos para a realização do trabalho seguem no fluxograma abaixo.

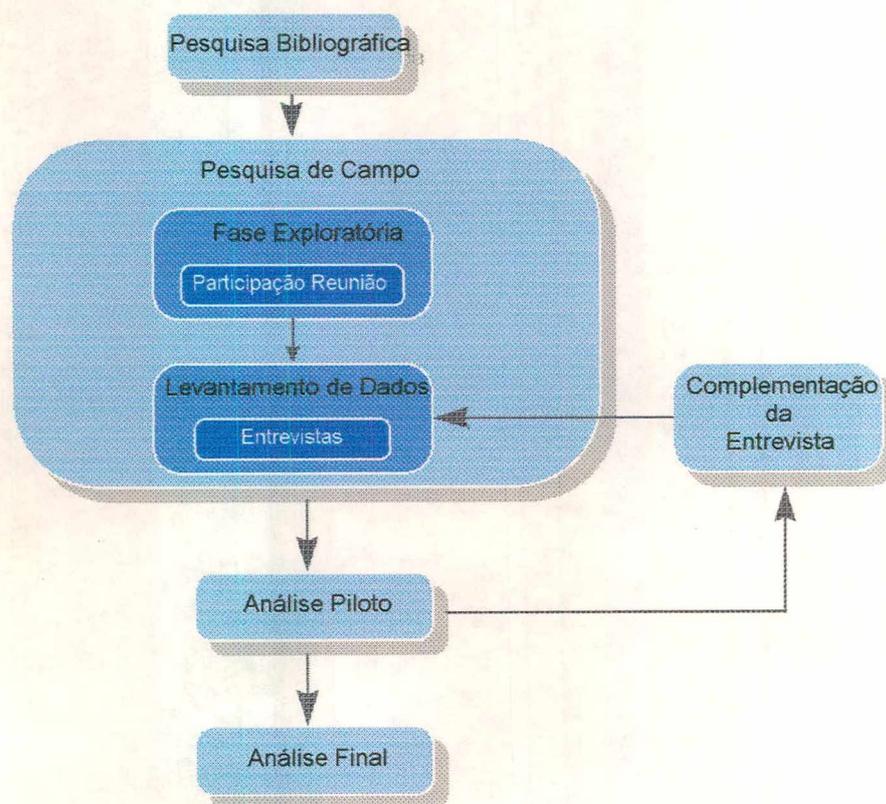


Figura 1.1. Fluxograma apresentando representação esquemática do procedimento metodológico do trabalho.

1.6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Fundamentalmente, este trabalho teve como principal obstáculo, a escassez de pesquisas voltadas para a questão vivencial da L.E.R., ao que se propõe o objetivo do mesmo. Devido a essa dificuldade, foi necessário então, buscar empiricamente alguns dados sobre o assunto.

Em relação ao estudo de campo, a amostra escolhida para representar a população parece ser pequena, justamente devido à formação recente da Associação dos Portadores de L.E.R. de SC, a qual ainda está buscando maior número de associados. Entretanto, por uma questão de limitação de tempo, optou-se por considerar este grupo-alvo para essa investigação.

Apesar destas restrições, dentro do que se propõe este trabalho, acredita-se estar colaborando para futuras pesquisas a respeito deste assunto.

1.7. ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está disposto em cinco capítulos, os quais apresentam os seguintes conteúdos:

O Capítulo 1 é referente aos aspectos de Introdução sobre o assunto.

O Capítulo 2 dispõe sobre os aspectos teóricos da L.E.R., necessários para um entendimento claro da doença, ou seja, questões a respeito dos aspectos clínicos, procedimentos frente à problemática e repercussões da mesma, principalmente sobre o trabalhador.

O Capítulo 3 apresenta os critérios vigentes atualmente para a prevenção da L.E.R., ou seja, a Normatização e a Ergonomia, partindo do princípio de que a utilização destes, proporciona a eliminação e/ou a minimização dos fatores de risco da L.E.R., e conseqüentemente, dos danos desta ao trabalhador.

O Capítulo 4 é dirigido ao estudo de campo, apresentando a metodologia utilizada no trabalho e a análise da entrevista. Neste contexto, objetiva-se demonstrar a experiência de vida dos portadores de L.E.R., bem como as repercussões desta doença na vida dos mesmos.

Por fim, o Capítulo 5 expõe as principais conclusões e recomendações advindas do trabalho, bem como algumas sugestões para trabalhos futuros.

{

2. RECONHECENDO A DOENÇA

2.1. ASPECTOS CONCEITUAIS

Variadas terminologias e conceituações têm sido usadas para definir as lesões ocasionadas por movimentos repetitivos em alguns países. Todas elas têm em comum o relato de sobreuso das extremidades superiores do corpo, geralmente por atividades repetitivas.

Desse modo, na Austrália, inicialmente adotou-se a denominação de "*Occupational Overuse Injury*" (OOI), mudando em 1980 para a terminologia "*Repetitive Strain Injuries*" (RSI). A partir disso, Browne et al (apud Assunção, 1995) definiram esta terminologia como: "*doenças músculo-tendinosas dos membros superiores, ombros e pescoço, causadas pela sobrecarga de um grupo muscular particular, devido ao uso repetitivo ou pela manutenção de posturas contraídas, que resultem em dor, fadiga e declínio no desempenho profissional*".

Já nos Estados Unidos, utiliza-se com frequência os termos "*Cumulative Trauma Disorders*" (CTD) e "*Repetitive Trauma Disorders*" (RTD) e são denominadas como "*lesões do tecido mole devidas a movimentos e esforços repetitivos do corpo*" (Armstrong, 1986).

No Japão, foi adotada a terminologia "*Occupational Cervicobrachial Disorder*" (OCD) que vem a ser um "*distúrbio ocupacional funcional e/ou orgânico produzido pela fadiga neuromuscular devido a exercícios estáticos e/ou repetitividade dos músculos dos braços e das mãos*" (Aoyama et al, apud Assunção, 1995).

No Brasil, por muito tempo adotou-se inadequadamente o termo "*tenossinovite*", entretanto, seguindo o exemplo australiano, em 1989 foi introduzido o termo Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.). Esta terminologia foi conceituada através da Resolução SS 197, publicada pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, como: "*um conjunto de afecções que podem acometer ten-*

dões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, membros superiores, região escapular e pescoço, sendo de origem ocupacional e decorrente, de forma combinada ou não, de: uso repetitivo de grupos musculares, uso forçado de grupos musculares e manutenção de postura inadequada” (Sato et al, 1993).

Alguns autores contestam essa nomenclatura e Couto (1996), afirma que o termo L.E.R. é um termo superado usado apenas pela Austrália e Brasil. O mais correto seria “*Síndrome Dolorosa nos Membros Superiores de Origem Ocupacional*”, pois esta é uma denominação que segue uma construção mais específica da doença.

A consideração de que o termo L.E.R. tende ao desaparecimento surge frente à inadequada utilização e generalização do termo que abrange muitos tipos de patologias. Além disso, o fato de haver outros fatores predisponentes que somam-se à repetitividade, podendo cooperar para o desenvolvimento da L.E.R. e tornando amplo o mecanismo causador da lesão, contribui para a confusão taxonômica em torno da doença (Pereira & Lech, 1997).

Nesse campo, Stone (apud Alves, 1995), considera que as várias nomenclaturas propostas refletem o desconhecimento a respeito da afecção em questão, assim como acontece com todas as doenças que envolvem uma variedade de entidades clínicas. Concordando com essa perspectiva, Bammer & Blignault (1987) referem também que a L.E.R. é uma síndrome neuro-músculo-tendinosa com sintomas complexos e mal definidos, considerando assim, a subjetividade dos sintomas referidos por cada paciente.

O problema da utilização de diferentes terminologias poderia ser contornado se o objeto fosse visto como paciente-trabalhador e não a partir do paradigma onde a nomenclatura da doença, freqüentemente, está associada ao seu órgão de origem. No caso da L.E.R., o problema taxonômico é delicado, já que várias regiões do corpo podem ser acometidas, o que requer uma visão sistemática sobre o sujeito que trabalha.

2.2. ASPECTOS CLÍNICOS

Devido à abrangência da conceituação de L.E.R., e para melhor especificar e caracterizar as estruturas acometidas do ponto de vista clínico, no Brasil, o Instituto Nacional do Seguro Social (1993), através das Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade relativa à L.E.R., classifica esta síndrome nas seguintes formas clínicas:

- Tenossinovites: tenossinovite dos músculos extensores dos dedos e tenossinovite de De Quervain.
- Epicondilites
- Bursites
- Tendinites: tendinite do músculo supra-espinhoso e tendinite do músculo bicipital.
- Cistos Sinoviais
- Dedo em Gatilho
- Contratura ou Moléstia de Dupuytren
- Compressão dos Nervos Periféricos: síndrome do Túnel do Carpo; síndrome do Canal de Guyon; síndrome do músculo pronador redondo; síndrome cervicobraquial; síndrome do desfiladeiro torácico; síndrome da Tensão do Pescoço.

De modo similar, Guidotti (1992) lista os tipos de L.E.R. mais comumente encontrados: no pescoço refere-se à síndrome tensional do pescoço e à síndrome cervical; nos ombros cita a síndrome do desfiladeiro torácico, a tendinite bicipital, a tendinite do supraespinhoso, a capsulite adesiva e a síndrome acrómio-clavicular; e no cotovelo, punho e mão cita a epicondilite, a tenossinovite de De Quervain, a síndrome do túnel do carpo e a compressão do nervo ulnar.

Thompson & Phelps (1990) também agrupam a L.E.R. em: epicondilite, síndrome do túnel cubital, síndrome do túnel radial, síndrome do

pronador, síndrome do interósseo anterior, síndrome de interseção, doença de De Quervain, Síndrome do túnel do carpo e dedo em gatilho.

Sabe-se que a L.E.R. é uma doença evolutiva com tendência ao estadiamento. Sendo assim, o INSS (1993) classifica os estágios evolutivos da L.E.R., objetivando o reconhecimento das fases clínicas, bem como da orientação na conduta. Cada forma clínica da L.E.R. apresenta quadro clínico específico, mas para melhor compreensão são considerados os estagiamentos da L.E.R. em geral, em graus de comprometimento, conforme descrito abaixo:

- GRAU I: sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea, às vezes em pontadas, sem irradiação nítida, de caráter ocasional durante a jornada de trabalho sem interferir na produtividade. Melhora com o repouso. É em geral leve e fugaz. Os sinais clínicos estão ausentes. Tem bom prognóstico.

- GRAU II: a dor é mais persistente, mais localizada, mais intensa e aparece durante a jornada de trabalho de modo intermitente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas com redução da produtividade nos períodos de exacerbação. Pode haver distúrbios de sensibilidade e irradiação definida. A dor pode não melhorar com o repouso e a recuperação é mais demorada. Os sinais clínicos estão ausentes. Prognóstico favorável.

- GRAU III: a dor é mais persistente, mais forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor. Há sinais de distúrbios sensitivos mais graves. Há sensível queda da produtividade, quando não impossibilidade de executar a função. Sinais clínicos presentes e, freqüentemente o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado.

- GRAU IV: a dor é forte, contínua, por vezes insuportável e é exacerbada por movimentos podendo estender-se por todo o membro. Há perda da força e do controle dos movimentos constantemente. Podem surgir deformidades. A capacidade de

trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos da vida diária são prejudicados. Comumente ocorrem alterações psicológicas. Prognóstico sombrio.

Ainda em relação à classificação, Dennett & Fry (apud Assunção, 1995) classificam a doença de acordo com a localização da dor e com fatores que possam desencadeá-la ou agravá-la. Sendo assim, utilizam Grau 1 para a dor localizada em uma região durante a realização da atividade causadora da síndrome; Grau 2 para dor em vários locais durante a atividade causadora da síndrome; Grau 3 para dor desencadeada em outras atividades da mão e sensibilidade das estruturas; Grau 4 para dor presente em qualquer movimento da mão, dor após atividade com mínimo de movimento e dor em repouso à noite; e Grau 5 para perda da capacidade de usar a mão devido à dor contínua.

Da mesma forma, Browne (apud Guidotti, 1992) a partir da classificação da doença, aponta os sinais e sintomas como indicadores das atitudes a serem tomadas, e considera que o desenvolvimento da L.E.R. em geral, ocorre freqüentemente em três estágios. O Estágio 1 caracteriza-se por fadiga e dor que aumentam com o trabalho e melhoram com repouso e é uma situação de advertência do corpo. No Estágio 2 a fadiga tem início precoce e persiste por todo o dia de trabalho. Este estágio indica que a lesão está se desenvolvendo e necessita que sejam tomadas providências. Já no Estágio 3 ocorre uma condição crônica de dor, fadiga e fraqueza que persistem apesar do repouso da parte afetada.

A partir da construção do quadro evolutivo, a sintomatologia clínica observada nos pacientes com L.E.R. envolve queixas nas extremidades superiores, ombros e pescoço. As principais delas referem-se a: dor, a qual pode se agravar com o uso do membro, com o frio, com mudanças bruscas de temperatura e estresse emocional; parestesias¹; limitação de movimentos; ede-

¹ Sensação anormal percebida como queimação ou formigamento (Kisner & Colby, 1989).

ma subjetivo; rigidez matinal e alterações subjetivas de temperatura. São ainda comuns as queixas de cefaléia e dificuldade de dormir durante a noite (Higgs & Mackinnon, 1995; Assunção, 1995). De acordo com os autores, a perturbação no sono pode ser devida às posturas adotadas ao dormir, o que pode submeter o membro afetado à compressão ou posição incômoda desencadeando dor.

Confirmando o quadro sintomatológico, estudos realizados por Campello et al (1995) em 436 funcionários bancários, detectaram a presença de L.E.R. com as seguintes expressões sintomatológicas: dor nos membros superiores em 162 pessoas, perda da força em 50 pessoas, formigamento em 46 pessoas e dor cervical em 168 funcionários.

Hoefel (1995) complementa que em sua experiência no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, o índice de pacientes com L.E.R. e com dor crônica é alto, pois estes contam com 60% da demanda. A autora relata que a dor crônica é uma queixa comum e induz a um padrão de comportamento onde podem estar presentes a sensação de desesperança, depressão e hostilidade, justamente pelas características de persistência e particularidade da dor.

Devido à vasta sintomatologia e à tendência ao caráter subjetivo da mesma, o diagnóstico da L.E.R. geralmente é feito por exclusão, sendo essencialmente clínico e baseando-se na história clínico-ocupacional, no exame físico detalhado e na análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento da lesão. Exames laboratoriais, Raio-X e eletromiografia podem auxiliar no diagnóstico, porém são de pouca eficácia, principalmente nos estágios iniciais da doença (Pereira & Lech, 1997).

Sartori et al (1996) mencionam ainda que a L.E.R. é pouco visível e que apenas num estado mais adiantado pode ser visualizado o dano interno, isso é possível através de exames com aparelhos sofisticados. Entretanto, quando isso ocorre, os danos aos tecidos já se fazem presentes e é grande o esforço que o trabalhador tem de fazer para executar uma tarefa.

Oliveira (1991) reforça esta opinião ao afirmar que o quadro sintomatológico da L.E.R. é muitas vezes complexo e de difícil identificação, pois o paciente pode não apresentar nenhum sinal físico inicialmente, mas suas queixas são persistentes e sempre relacionadas com a massa muscular envolvida em tensão estática, em decorrência de posição forçada ou viciosa ou mais utilizada no exercício da função.

Assunção (1995) e Ayoub & Wittels (apud Barreira, 1994) também concordam com a imprecisão das queixas de dor e a dificuldade em definir o tipo e a localização da mesma, pois todo o membro pode sofrer processo de desgaste. Isso torna o diagnóstico mais difícil, devendo-se recorrer a testes físicos específicos de diagnóstico, bem como estabelecer uma anamnese o mais profunda possível, pois por sua natureza, o quadro clínico da L.E.R. tem relação com a atividade laboral.

Em decorrência do exposto, Guidotti (1992) conclui que o diagnóstico da L.E.R. é sugerido por dor músculo-esquelética persistente e recorrente dentro de seis semanas, sem causa traumática imediata e influenciada por situação de trabalho.

Em função disso, o próprio INSS (1993), expõe que a caracterização da L.E.R. não depende de dados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a lesão e o exercício do trabalho.

Em razão da primeira e principal queixa ser a dor, cuja subjetividade não permite sua visualização através de exames, o diagnóstico pode ser adiado em virtude da inexistência de provas objetivas da doença, ou ficar na dependência da credibilidade no discurso do doente, pois em geral, tudo o que o médico tem como instrumento de diagnóstico são os sintomas e a história profissional do paciente.

No Brasil, apesar de haver um guia para o reconhecimento da incapacidade provocada pela L.E.R. (INSS, 1993), é difícil estipular verdadeiramente em que grau de comprometimento encontra-se o doente, visto que a

problemática relacionada ao diagnóstico é complexa e envolve a credibilidade em dados peculiares e intrínsecos do próprio paciente.

Um agravante é que sendo a dor a principal queixa, e o paradigma do diagnóstico ser baseado quase que unicamente em dados objetivos que possibilitem a visualização da lesão, este torna-se mais complicado ainda em virtude de não haver exames que meçam a dor objetivamente e tornem visível este sintoma. Sendo assim, o diagnóstico baseado não apenas em esquemas visuais, mas também na análise do trabalho, na própria queixa do trabalhador e no bom senso médico é vital para o diagnóstico precoce e para evitar o agravamento da lesão.

Outro aspecto relevante é que muitos trabalhadores não têm acesso às informações sobre as conseqüências do trabalho repetitivo para a saúde, sendo assim, desconhecem a origem da dor, retardando a ajuda médica. Isso pode trazer conseqüências negativas para o tratamento da L.E.R., pois as microlesões continuadas tornam o grupo muscular susceptível a novas lesões, o que dá oportunidade ao quadro clínico de assumir um caráter extremamente recidivante e invalidante.

2.3. FATORES CAUSAIS

Acredita-se que a mudança estrutural do trabalho humano advinda do avanço tecnológico, possibilitou a maior mecanização no trabalho e contribuiu para o aparecimento em maior escala da L.E.R., surgida em função dos movimentos repetitivos estereotipados e do esforço físico de estruturas delicadas do pescoço, braços e mãos .

Já em 1713, Ramazzini (apud Kroemer, 1995) atribuiu as L.E.R.s aos movimentos repetitivos das mãos, às posturas corporais contraídas e ao excessivo estresse mental.

Nesse sentido, Mendes (1995) cita a divisão entre concepção e execução do trabalho, resultante do desenvolvimento industrial, como princípio que trouxe graves prejuízos à saúde do trabalhador em conseqüência das pro-

longadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado da produção, fadiga física, e sobretudo, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas.

Assim, Sorock & Courtney (1996) consideram que os fatores de trabalho como: excessiva exposição a movimentos repetitivos por demanda da tarefa; posturas incorretas; emprego de força; baixa temperatura; vibração e fatores psicossociais como o estresse, estão intimamente relacionados aos distúrbios músculo-esqueléticos em grupos ocupacionais expostos a essas situações de trabalho.

Upfal (1994) também considera que os fatores de risco para o aparecimento da L.E.R. incluem movimentos repetitivos (repetição de tarefas por muitas horas), movimentos fortes (como agarrar ou apertar), posturas estressantes (desvio lateral do punho, extensão do pescoço), impacto mecânico de tecidos moles (bordos de ferramentas que pressionam a palma da mão), vibração e ocasionalmente, baixas temperaturas. Attaran (1996) afirma ainda que a L.E.R. é causada por ambientes de trabalho pobremente projetados que não contemplam uma relação harmônica entre homem e trabalho.

De acordo com Higgs & Mackinnon (1995) a manutenção de posturas anormais são as principais causas de L.E.R. por provocarem desequilíbrio muscular e compressão dos nervos. Relatam que se certos grupos musculares são subutilizados, há indicação de que outros estão sofrendo de sobreuso, sendo que esta situação leva a um ciclo vicioso postural e do equilíbrio muscular. Certas posições também aumentam a pressão ao redor do nervo ou o distendem, podendo levar a uma condição crônica de compressão.

Dimberg et al (apud Assunção, 1995) sugerem alguns critérios para classificar as condições de trabalho em sua relação etiológica com as L.E.R. Para isso adotam a distribuição das atividades de trabalho em grupos, a saber:

- Ao grupo 1 corresponde o trabalho leve caracterizando-se por postura fixa durante o trabalho por períodos ocasionais para mu-

danças de posição ou operações curtas; movimentos repetitivos da cabeça devido à solicitação visual; curvatura lateral do corpo em menos que 15° ou rotação em menos de 10% do período de trabalho; ombros levantados mais que 0° em menos de 10% do período de trabalho; braços elevados não regularmente mais de 30° acima ou ao lado do corpo; rotações repetidas de antebraços e punhos esporadicamente; operações manuais com variação de movimento padrão, feito com a mão levantada acima do ombro; cabo de ferramentas em boas condições.

– Ao grupo 2 corresponde o trabalho pesado moderado com postura de trabalho estritamente fixa adotada mais frequentemente ou cerca de 20% do período de trabalho; trabalho repetitivo freqüente ou prolongado com a coluna cervical curvada acima ou para os lados, menos que 45° ou rotação mais que duas horas por dia; braços elevados acima do ombro mais que 40% do período de trabalho ou mais que 30° durante mais que 10% do período de trabalho; uso de ferramenta pesada; freqüente rotação em posições extremas; movimentos amplos, alta precisão e trabalho com movimentos finos; mãos em posições extremas; ferramentas com cabos em más condições; peso de ferramentas com 0,6kg por mão.

– Ao grupo 3 corresponde o trabalho pesado, o qual caracteriza-se por postura fixa mais que 40% do período de trabalho; trabalho freqüente ou prolongado com a coluna cervical curvada acima ou para os lados mais que 40°; braços elevados acima do ombro durante mais que 40% do período de trabalho; braços elevados mais que 30° durante mais que 1/3 do período de trabalho; ombros elevados mais que 0° mais que 10% do período de trabalho; peso de ferramentas maior que 1,5kg por mão.

Esses indicativos etiológicos de caráter físico tornam-se um fator de extrema importância no desencadeamento da L.E.R., contudo Barreira

(1993), ainda associa a organização do trabalho como fator contributivo, visto que além dos aspectos ergonômicos, os aspectos administrativos também podem exercer grande influência na qualidade de vida no trabalho. Entretanto, considera que a ocorrência desses distúrbios seja de origem multicausal, ou seja, originados da associação de fatores biomecânicos, psicossociais e administrativos.

Desse modo, considera como fatores biomecânicos os movimentos manuais com emprego de força, repetitividade, posturas inadequadas de membros superiores, pressão mecânica localizada por contato e uso de ferramentas manuais. Como fatores administrativos considera algumas questões como a eficácia de gerenciamento bem como uma atmosfera de aceitação das manifestações dos trabalhadores e o encorajamento do relato de riscos potenciais, pois se o trabalhador não se sentir seguro em seu emprego, ele estará menos propenso a relatar problemas e os riscos ficarão omitidos. Finalmente, como fatores psicossociais relata a grande pressão do trabalho, a baixa autonomia, a falta de ajuda e apoio dos colegas, assim como a pobreza no conteúdo da atividade (ibidem).

Tomando como base a teoria de Dejours (1995), sobre a questão do trabalho repetitivo, onde o sofrimento emerge do choque entre um indivíduo dotado de uma história *personalizada*, e a organização do trabalho, portadora de uma injunção *despersonalizante*, o último fator citado anteriormente toma proporções importantes considerando-se que uma tarefa muito repetitiva, com forte controle hierárquico, pressão constante por produtividade, fragmentada e sem significado para o trabalhador sufoca seus desejos e comportamentos livres, além de reprimir seu funcionamento mental. Dessa maneira, a forma como se organiza o trabalho influencia bastante no comportamento dos trabalhadores, podendo ser causadora de doença.

Visto isso, Luduvig (1996) relata que somente a sobrecarga de tarefas causada por movimento repetitivo não se constitui em causa única da L.E.R., pois nem todas as pessoas que executam tarefas repetitivas desenvolvem

a doença. Entretanto, a melhor resposta encontrada por pesquisadores para responder esta questão até agora, é que cada pessoa com sua história peculiar, responde de maneira diferente aos estímulos do meio. Existem funcionários que realizam suas atividades prazerosamente, enquanto outros agregam à atividade toda a tensão inerente ao trabalho. Sendo assim, o corpo tenso, reage mal à pressão.

Estudos preliminares desenvolvidos na área de psicologia informam que o comportamento das pessoas frente ao trabalho, contribui efetivamente para o desenvolvimento da L.E.R. A tensão e o esforço excessivo de pessoas com perfil independente e perfeccionista, sempre preocupadas em dar o máximo de si e em não cometer erros, poderiam ser uma das causas da lesão (ibidem).

Sendo assim, os caixas bancários quando indagados sobre os fatores causais da L.E.R., atribuíram esse distúrbio ao trabalho, sendo que também referiram o trabalho e outros fatores externos conjuntamente como causas (Brandimiller, 1994).

Em revisão mais recente, Pereira & Lech (1997), baseados nos fatores biomecânicos, organizacionais e psicossociais, listam as variáveis contributivas mais importantes na origem da L.E.R., a saber:

- Força
- Repetitividade
- Posturas viciosas dos membros superiores: principalmente as de contração muscular constante.
- Compressão mecânica dos nervos por posturas ou mobiliário.
- Vibração: pode gerar microtraumas.
- Frio: pela vasoconstrição que pode levar à déficit circulatório.
- Sexo: maior incidência em mulheres.

- Posturas estáticas do corpo durante o trabalho: durante a contração estática o suprimento sangüíneo para o músculo fica prejudicado, podendo favorecer a produção de ácido láctico² que é capaz de estimular os receptores da dor, desencadeando-a, mantendo-a ou agravando-a.
- Tensão no trabalho: exigências de produtividade e de ritmo de trabalho podem aumentar a tensão muscular, prejudicando a nutrição sangüínea dos músculos com possibilidade de ocorrência de dor muscular, fadiga e predisposição à L.E.R.
- Desprazer: o sentir prazer desencadeia a liberação de endorfina (analgésico interno), devido a isso, pessoas insatisfeitas no trabalho podem ter maior tendência a sentir dor do que as que trabalham prazerosamente.
- Traumatismos anteriores dispõem o indivíduo à L.E.R. e são fatores importantes na sua incidência.
- Atividades anteriores: pelo fato da L.E.R. ser causada por traumas cumulativos é necessário a análise da atividade exercida anteriormente.
- Perfil psicológico: as pessoas de personalidades tensas, as negativistas e as que não toleram trabalho repetitivo são mais predispostas a L.E.R.

Diversas teorias são elaboradas na tentativa de explicar as causas e conseqüências da L.E.R. Uma delas afirma que devido à freqüência muito alta de movimentos não há tempo hábil para o relaxamento tendíneo e sua lubrificação adequada, gerando atrito que leva ao processo inflamatório. Outra teoria relaciona a contração isométrica (aquela que ocorre sem movimento articular)

² O ácido láctico é um subproduto da quebra da glicose durante a produção de energia, e quando acumulado em altas concentrações é causador de extrema fadiga muscular (Mathews & Fox, 1979).

como fator provocador da oclusão dos capilares sangüíneos levando à isquemia e retardamento na liberação de metabólitos, o que poderia levar à fase inicial da lesão. Existe também a teoria de que os microtraumas de repetição não podem ser considerados a causa única da lesão, pois estariam associados a fatores constitucionais de predisposição. Há ainda relatos de espessamento do tendão que ocasionariam aumento do atrito, levando então ao processo inflamatório, porém, não especificam o mecanismo pelo qual isso ocorreria (ibidem).

O que as teorias demonstram é que a fisiopatologia da L.E.R. não está completamente definida, apontando a necessidade de estudos mais abrangentes na área para uma melhor compreensão do processo de desencadeamento fisiológico da doença. Associado a isso, apresentam uma visão unilateral, visto que consideram apenas o aspecto fisiológico da problemática, não citando os demais fatores contributivos para o desencadeamento da lesão, os quais podem assumir papel relevante no surgimento da L.E.R.

Entretanto, quanto ao estabelecimento da atividade causal da lesão, diversos autores (Armstrong, 1986; Upfal, 1994; Assunção, 1995; Higgs & Mackinnon, 1995; Attaran, 1996) relatam que há uma íntima relação dos distúrbios de origem ocupacional que atingem as extremidades (L.E.R.) com a inadequação do trabalho ao ser humano que trabalha. Essa questão se fortalece se levarmos em conta que o homem passa quase três/quartos de sua vida trabalhando, e que as exigências da produtividade somam-se a muitas condições de trabalho desfavoráveis.

Para estabelecer o nexos causal, deve considerar-se a história clínica: tempo de evolução, afastamentos do trabalho, tratamentos instituídos, retornos ao trabalho, recidivas, recolocação em outras atividades, pareceres especializados e de reabilitação profissional; investigação dos sinais de incapacidade funcional nos atos cotidianos da vida social que antes eram desempenhados normalmente; e dados positivos do exame clínico, particularmente as condições indicativas de déficit funcional. Quando o nexos causal com o traba-

Iho se tornar evidente, a constatação de alguma afecção subjacente ou condição anômala pré-existente não pode descaracterizar este nexos (INSS, 1993).

O inconveniente desta conduta é que, devido à sua extensão e aos trâmites burocráticos, as exigências para o estabelecimento do nexos causal podem demorar para serem evidenciadas, podendo até ser concretizadas somente quando a incapacidade encontra-se instalada.

Em resumo, Lech & Hoefel (1992) sistematizaram os fatores ocupacionais associados às causas de L.E.R. mais citados na literatura (Tabela 2.1).

Tabela 2.1. Fatores Ocupacionais Associados às Causas da L.E.R.

DESORDENS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	CAUSAS OCUPACIONAIS
Tenossinovite de De Quervain	- movimentos repetitivos; posturas viciosas do membro superior que levam ao desvio ulnar do carpo (ferramentas, terminais de vídeo, etc).
Tenossinovite Ocupacional	- movimentos repetitivos; posto de trabalho inadequado; organização do trabalho com ritmo acelerado; sobrecarga de produção; horas extras; pausas inadequadas, etc.
Tendinite do músculo supra-espinhoso	- movimentos repetitivos; posturas viciosas do membro superior (elevação, abdução dos braços acima dos ombros, associada a atividade que necessite de uso de força por longo período de tempo).
Tendinite bicipital	- movimentos repetitivos; posturas viciosas do membro superior (elevação, abdução dos braços acima dos ombros por longo período de tempo: antebraço fletido sobre os braços acompanhado de supinação dos antebraços).
Dedo em gatilho	- movimentos repetitivos ?
Epicondilite	- movimento repetitivo; postura viciosa do membro superior (esforço excessivo na extensão, flexão brusca ou freqüente do punho); compressão mecânica do cotovelo?

Fonte: Lech & Hoefel (1992).

Cont. Tabela 2.1. Fatores Ocupacionais Associados às Causas da L.E.R.

DESORDENS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	CAUSAS OCUPACIONAIS
Síndrome do desfiladeiro torácico	- movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior (longos períodos com os braços elevados acima do ombro, abduzidos e empregando força muscular).
Síndrome do pronador redondo	- posturas viciosas do membro superior, alterações frequentes de supinação e pronação durante as atividades, movimentos repetitivos.
Síndrome do túnel do carpo	- movimentos repetitivos; postura viciosa do membro superior (atividade exigindo constante flexão e extensão do punho); compressão mecânica da base das mãos (ferramentas curtas, inadequadas) utilizando força na base da mão para realizar trabalho; vibração.
Síndrome da tensão do pescoço	- postura estática ou incorreta para realizar atividades.
Síndrome do canal de Guyon	- uso de ferramentas inadequadas; movimentos repetitivos; atividades exigindo compressão mecânica na base das mãos (região da eminência hipotenar); vibração.

Fonte: Lech & Hoefel (1992).

Como visto na tabela anterior, é relativamente fácil vincular causa e efeito se a investigação se der ao nível objetivo, onde tudo se explica através da visualização do problema. Entretanto, quando além dos movimentos repetitivos e exagerados acrescenta-se um clima organizacional de hostilidade, autoritário e estressante, o sofrimento mental se manifesta pela incompatibilidade entre os limites de capacidade salutar em realizar trabalho e o que se espera ou é cobrado do trabalhador.

A soma de todos esses fatores condicionam a uma situação onde o surgimento das doenças ocupacionais, principalmente a L.E.R., são apenas uma questão de tempo.

2.4. INCIDÊNCIA

O aumento na incidência da L.E.R. vem adquirindo níveis crescentes e considerados por muitos estudiosos como uma verdadeira explosão da doença. Esse aumento pode ser devido à maior informação sobre a doença, pois Femberg (1996) cita que há 5 ou 10 anos atrás, as pessoas não necessariamente associavam suas doenças com o trauma cumulativo, tampouco os médicos o faziam.

Oliveira (1991) acredita também que o subregistro de L.E.R. colaborou por algum tempo para o encobrimento da alta incidência, pois alguns casos foram registrados como outras doenças; outros casos como os dos trabalhadores autônomos, não estão sujeitos à legislação e por isso eles não procuram o INSS; também a troca de trabalho por outro com menos exigência e as demissões decorrentes da lesão são citados pelo autor como fatores que contribuíram para o subregistro.

Contudo, muitos estudiosos acreditam que o aumento da incidência é resultado do aumento do número de trabalhos que requerem ritmo intenso, da execução de trabalho direcionado à uma área específica e do número limitado de movimentos relativamente delicados das mãos e braços, como os desempenhados por digitadores e funcionários de montadoras de pequenas peças (Guidotti, 1992).

A L.E.R. também tem alta incidência em trabalhadores de linha de montagem em alta velocidade, cortadores de carnes, operários de indústrias têxteis (Thompson & Phelps, 1990), em caixas bancários (Brandimiller, 1994; Campello et al, 1995), em manicures (Gil Coury et al, 1995) e em enfermeiras e fisioterapeutas (Guimarães et al, 1995).

Falchetta (1997) lista ainda as ocupações de músico, jornalista, carteiro, decorador de bolo e operadores de caixas. Entretanto, enfatiza que a principal ocupação de risco é o trabalho em operação de computadores. Isso advém do fato de que o cursor do computador, ao contrário das velhas máqui-

nas de escrever, avança automaticamente para a próxima linha, não alterando a posição da mão do digitador e nem dando oportunidade deste controlar a alavanca de retorno, o que funcionaria como auto-regulação em relação às exigências da tarefa.

Botting et al (1996) em estudos na Lear Corp., uma indústria multinacional de peças de automóveis, descobriu que a L.E.R. conta com mais de 40% das doenças ocupacionais e 70% dos custos de compensação dos trabalhadores desta empresa.

Attaran (1996) afirma que os trabalhadores especializados são os que mais correm risco de apresentar L.E.R. e que esta doença é responsável por mais de 60% de todas as doenças do trabalho nos Estados Unidos. Cerca de 35% de todos os custos de compensação dos trabalhadores - mais de 10 bilhões anualmente - são resultantes da L.E.R.

No Brasil não se tem bases estatísticas concretas, mas alguns fatos apontam para uma incidência preocupante, a saber:

- entre 1989 e 1994, o número de doentes com L.E.R. atendidos pelo Núcleo de Saúde e Assistência ao Trabalhador do INSS em Belo Horizonte mais que quadruplicou, saltando de 120 para 554 (Sartori et al, 1996).
- no Estado do Rio de Janeiro, somente em 1995, mais de 120 mil pessoas desenvolveram L.E.R. (Do Diagnóstico..., 1997).
- no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em São Paulo (Cerest/SP), dos 978 casos em atendimento em 1995, 584 tinham L.E.R. (Luduvig, 1996).
- segundo Snelwar & Ribeiro (apud Sartori et al, 1996) 01 em cada 10 trabalhadores no setor de serviços tem ou terá L.E.R. nos próximos anos se a organização do trabalho não mudar.

A título de ilustração, dados colhidos em 1985, no Brasil, demonstram que as despesas das companhias de saúde com cada funcionário,

incluindo os custos com L.E.R., eram de 412 dólares anualmente. Em 1995 este custo aumentou para 936 dólares e a expectativa para o ano 2000 é que se gastem 1.850 dólares por funcionário (Capital Humano, 1995).

Dados da Previdência Social mostram também que no Brasil se gasta por ano mais de 4 bilhões de dólares em acidentes de trabalho e doenças profissionais (Pereira, 1997).

Levando em consideração as representações acima, pode-se dizer que elas apontam para uma incidência crescente de doenças profissionais, inclusive da L.E.R., nos próximos anos nas organizações de trabalho onde os fatores de risco forem elevados.

Em relação à incidência por grupos de pessoas, estudos realizados por Sato et al (1993), mostram a ocorrência de maior acometimento de L.E.R. nas mulheres; trabalhadores em idade produtiva entre 18 e 25 anos; em atividades do setor bancário, prestação de serviços, bem como de metalurgia.

Brandimiller (1994) cita dados de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Análise sobre o Desenvolvimento Econômico e Social (IADES) com base em São Paulo e Osasco, entre 1991 e 1992, para conhecer o reflexo das ocupações no perfil e na saúde dos trabalhadores de bancos. Para isso foram entrevistados 1.228 bancários, entre os quais 15% tinham função de caixa. Esta categoria profissional foi a que mais relatou morbidades, sendo que a L.E.R. atingiu 8% desta, entre os quais: 62% eram do sexo feminino; dois terços desses estavam com idade entre 18 e 25 anos; 53,2% eram solteiros, o que pressupõe maior disponibilidade para horas extras no trabalho; dois terços dos trabalhadores tinham menos de cinco anos de tempo de serviço, levando a crer que exerciam atividades repetitivas intensas e em condições ergonômicas desfavoráveis para desenvolverem L.E.R. precocemente; 80% dos caixas possuíam segundo grau completo, dos quais 36,4% tinham curso universitário completo ou em andamento.

Pereira & Lech (1997) atribuem uma incidência duas vezes maior em mulheres do que em homens devido a menor resistência dos tendões e liga-

mentos por fatores hormonais ainda não bem conhecidos. Também consideram que a L.E.R. é comum na gravidez, ao início ou uso prolongado de anticoncepcionais, após cirurgias de retirada dos ovários e por atividades domésticas.

Entretanto, essa diferença coincidir com a maior presença das mulheres na realização de tarefas que exigem movimentos repetitivos e acelerados e, geralmente, habilidade e destreza. Frequentemente, pessoas do sexo feminino vivenciam uma história peculiar na sociedade, tendo que associar muitas vezes, dupla jornada de trabalho, o que sobrecarrega grandemente as estruturas músculo-esqueléticas. Contribui para isso a entrada e o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho. Um exemplo está no Estado de Santa Catarina onde, entre 1970 e 1990, a participação da mulher entre a população economicamente ativa aumentou em duas vezes e meia, respondendo hoje por 42% da força de trabalho no Estado (DC, 01/05/97).

No estudo da L.E.R. em empresas metalúrgicas, Candido (apud Alves, 1995) observou que as mulheres eram mais acometidas por ocuparem postos de trabalho em linhas de montagem de confecção de chicotes, onde o trabalho é mais desgastante, sendo que os de menor sobrecarga eram delegados aos homens. Essa diferenciação na incidência também decorre do fato de que as funções ocupadas pelos homens exigiam menor cobrança de produtividade, maior distanciamento da chefia, menor complexidade e fragmentação das tarefas e maior autonomia no modo de produção.

Quanto ao acometimento de trabalhadores em idade produtiva, pode-se dizer que é um dado esperado, visto que os valores atribuídos ao trabalho determinam que indivíduos jovens possuem mais força e robustez para executá-lo, rotulando a idade como uma qualificação ocupacional genuína razoavelmente necessária para o desempenho de algumas atividades (Sharkey, 1986). Isso é parcialmente confirmado por recente pesquisa realizada pelo IBGE no Estado de Santa Catarina, a qual demonstra que a maior parte dos trabalhadores encontra-se na faixa etária entre 20 a 39 anos (DC, 01/05/97).

O desenvolvimento da L.E.R. em algumas categorias profissionais tem relação com os estudos científicos de Armstrong (apud Oliveira, 1991), o qual demonstrou que o risco de tendinite de mãos e punhos em pessoas que executam tarefas altamente repetitivas e forçadas é 29 vezes maior do que em pessoas que executam tarefas lentas, pouco repetitivas e forçadas.

O aumento na incidência da L.E.R. também relaciona-se proporcionalmente com o número de fatores causais envolvidos na situação de trabalho. Pereira & Lech (1997) sugerem que quanto maior for o número dos fatores a que o funcionário for exposto, maior será a probabilidade de ocorrência de L.E.R.

Campello (1995), estudando o trabalhador bancário, observou que a incidência da L.E.R. é mais elevada nos trabalhadores que realizam horas extras, no sexo feminino, nas unidades que têm trabalho mais mecânico e repetitivo, entre os que têm mais de uma atividade de trabalho e no turno da noite, e nos funcionários que têm maior pressão por produção e exigência de prazos na execução de atividades.

Brandimiller (1994) atribui essa alta incidência de L.E.R. entre os caixas bancários à intensa carga cognitiva e da capacidade de conseguir trabalhar sob tensão, decorrente da responsabilidade do trabalho (conseqüências dos erros), dos riscos de segurança (assaltos), contato com o público e das exigências de tempo para fechar o caixa.

2.5. CONDUTAS EM RELAÇÃO À L.E.R.

2.5.1. Em Relação à Regulamentação

As L.E.R.s são consideradas como acidente de trabalho, pois de acordo com o §2º, art. 132 do Decreto Nº2.172 de 05/06/97, "*constatando-se que a doença resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a previdência social deve equipará-la a acidente de trabalho*". Neste contexto, a empresa ou órgão competente, ficam obrigados a emitir a CAT

(comunicação de acidente de trabalho), quando da ocorrência do acidente de trabalho, no caso, as L.E.R.s, conforme art. 134 do Decreto Nº2.172 de 05/06/97 (DOU, 06/03/97).

A emissão de CAT se faz necessária para o registro do caso pelo INSS, para a investigação do nexos causal e tratamento, e também para garantir ao trabalhador o recebimento dos benefícios acidentários e possível realocação em outra função.

A questão da diminuição salarial em decorrência da doença ocupacional pode ser um elemento presente na vida do trabalhador afastado por mais de 15 dias, visto que se for necessário prolongar o afastamento por tempo superior a este, o empregador fica desobrigado a efetuar o pagamento mensal. Sendo assim, o empregado deve ser afastado pela Perícia Médica - e não mais pelo médico da empresa ou pelo seu médico particular - a qual concede-lhe o auxílio-doença³ mensal, que apesar de ser inferior ao salário é um direito do trabalhador.

No caso em que a empresa tenha algum tipo de acordo coletivo com os trabalhadores, há a complementação salarial sobre o auxílio-doença, de modo que o trabalhador não tenha perdas financeiras durante o afastamento.

Quanto à consolidação da lesão, se esta resultar em seqüela definitiva que implique em redução da capacidade laborativa, o trabalhador terá direito à indenização de auxílio-acidente⁴, mensal e vitalício, pago pelo INSS a partir da alta médica.

No caso da impossibilidade de desempenho da atividade exercida na ocasião do acidente, o funcionário é realocado em função compatível com

³ O auxílio-doença corresponde a 91% do salário-de-benefício do trabalhador (média aritmética simples dos últimos salários-de-contribuição relativos aos meses imediatamente anteriores ao do afastamento ou da data de entrada do requerimento, até no máximo de 36, apurados em período não superior a 48 meses), conforme art. 29 do Decreto Nº2.172 de 05/06/97.

⁴ O auxílio-acidente corresponde a 50% do salário-de-benefício que deu origem ao auxílio-doença acidentário do segurado, corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio-acidente (§1º, art. 152 do Decreto Nº2.172 de 05/06/97).

sua capacidade de trabalho, após processo de reabilitação profissional indicado pela Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS. A reabilitação profissional é feita pelo Centro de Reabilitação Profissional do INSS, sendo que os casos mais freqüentemente elegidos são aqueles que se encontram nos estágios 1 e 2 da L.E.R.

Quando o trabalhador apresentar possibilidade de retorno ao trabalho, deve ser obedecido o item 17.6.3, alínea "c" da NR-17 que versa: *"quando do retorno ao trabalho após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento"* (Man. Leg. Atlas, 1995).

Entretanto, caso seja caracterizado que o acidentado é incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, é concedida a aposentadoria por invalidez acidentária, que corresponde a 100% do salário-de-benefício .

Segundo Codo (1988), existem pessoas que acreditam haver uma vantagem econômica para o trabalhador quando acidentado, o que se explica pelo período de afastamento e pela remuneração percebida durante o mesmo, além das possíveis indenizações. No entanto, o autor ressalva que ao corpo e/ou ao espírito mutilado, incapaz para o trabalho, qualquer remuneração é pouca.

2.5.2. Em Relação ao Tratamento

A conduta de tratamento da L.E.R. depende do estágio da doença, e quanto mais cedo for feito o diagnóstico e a intervenção, menos invasivo será o tratamento.

Hoefel (1995) ressalta que essa doença é preocupante pois o tratamento dificilmente tem resultado após a sua cronicidade, que ocorre pelas recidivas dos episódios de retorno ao trabalho do empregado, o qual se expõe novamente aos mesmos riscos ocupacionais que a determinaram.

A fim de evitar essa evolução negativa, Rodrigues (1995) enfatiza a necessidade do médico estar preparado no sentido de diminuir ou afastar erros diagnósticos, assim como tratamentos inadequados, os quais podem viabilizar seqüelas definitivas. No caso da síndrome L.E.R., o mal encaminhamento provoca a irresolutividade do quadro, com o paciente procurando tratamentos errôneos, e mesmo passando de mão em mão por médicos da medicina tradicional, gerando conflitos emocionais.

O objetivo fundamental do plano de tratamento é eliminar ou minimizar a intensidade dos fatores físicos que causaram ou agravam a L.E.R., pois uma vez eliminados, dão lugar ao processo natural de recuperação do organismo. Este, freqüentemente, requer longo período, durante o qual deve haver restrições à atividade normal. Geralmente o tratamento envolve uma combinação de métodos conservadores, como medicamentos e terapia física. Quando estes métodos não apresentam resultados positivos, a conduta provavelmente é cirúrgica (Higgs & Mackinnon, 1995).

Inicialmente, qualquer que seja o método, este requer a educação do doente quanto às posturas a serem adotadas tanto nas atividades de trabalho como nas de não-trabalho. Esta proposta surge na tentativa de evitar maiores danos e diminuir os já instalados (ibidem).

A restrição de movimentos e o repouso da região afetada são critérios importantes que devem ser obedecidos, pois trata-se da primeira e talvez da mais importante conduta para o portador de L.E.R. A imobilização, quando necessária, é feita através do uso de splints ou talas que mantêm as articulações em posição neutra, minimizando desse modo, o estresse local e prevenindo traumas adicionais.

Além da imobilização e repouso, pode-se também lançar mão do uso do calor e do gelo para alívio da dor; e da compressão e elevação para melhor drenar o edema local, quando este se fizer presente. Entretanto, podem ser utilizados outros métodos de tratamento fisioterápico, sendo que a finalidade sempre será de reduzir a dor, o edema e a inflamação, proporcionando assim

uma situação em que se possa normalizar a força muscular e o retorno às atividades, quando possível.

Quanto ao tratamento medicamentoso, este inclui a prescrição de drogas com potentes efeitos antiinflamatórios mas que, eventualmente, podem levar à irritação gástrica, o que pode restringir seu uso àqueles doentes que não têm problemas gástricos ou os têm em pequena proporção. Neste caso, é necessário o uso adicional de medicamentos antiácidos. Este método de tratamento é importante porque não reduz somente a dor, mas também reduz a inflamação (Upfal, 1994).

Assunção (1995) também recomenda o afastamento temporário do trabalho para o sucesso terapêutico e relata que o tratamento deve obedecer 5 fases de acordo com a sintomatologia da L.E.R., conforme resumo na tabela 2.2.

Tabela 2.2. Demonstrativo da Conduta de Tratamento da L.E.R.

FASES	SINTOMATOLOGIA	TRATAMENTO
Fase 1	Relativa ao Grau I	- orientação quanto à evolução da doença e sua relação quanto à duração, ritmo e condições de trabalho.
Fase 2	Relativa ao Grau II	- repouso; possibilidade de imobilização da região com contra-indicação para os casos agudos; afastamento; aplicação de calor ou gelo; analgésicos e antiinflamatórios; desvio de função.
Fase 3	Relativa ao Grau III	- idem do anterior; fisioterapia; às vezes já é causa de aposentadoria por invalidez.
Fase 4	Relativa ao Grau IV, porém sem deformidades anatômicas da região.	- idem da fase 2 e 3, com acréscimo de terapia mais intensiva para combate à dor.
Fase 5	Relativa ao Grau IV	- tratamento à base de corticóide sistêmico; cirurgia de bloqueio de gânglio; fisioterapia.

Fonte: Adaptado de Assunção, 1995.

Além dos métodos de tratamento citados, existe uma grande variedade de recursos alternativos para a L.E.R. como é o caso da yoga. Fildes (apud Assunção, 1995) ainda cita a naturopatia e o taichi, além da acupuntura, como terapias não convencionais que mostram-se úteis para o alívio da dor por curtos períodos.

Especificamente quanto à acupuntura, este método proporciona resultados favoráveis no alívio da dor, e seu uso pode fazer parte do conjunto de medidas de tratamento. Além disso, técnicas de relaxamento e reeducação postural global estão sendo empregadas com sucesso (Luduvig, 1996).

Como visto, diversos são os métodos para o tratamento da L.E.R., e este inclui ainda muitos outros, e justamente por isso, este assunto pode ser gerador de confusão no meio dos profissionais de saúde. Contudo, essa informação só vem somar para a certeza da necessidade de pesquisas e estudos contínuos em relação à L.E.R.

Como método auxiliar devido ao alto poder incapacitante da L.E.R., é necessário firmar quase um “contrato psicológico” com o doente, visando orientá-lo sobre os verdadeiros limites nas atividades de vida diária a fim de evitar a formação de comportamento neurótico e ansiedades desnecessárias, pois ao ver-se diante de uma situação de dor contínua e de perda da capacidade para a vida no trabalho e fora dele, o indivíduo pode adotar algumas posturas defensivas.

De acordo com Lowy (1993), os esforços para salvar a identidade do estigma da incapacidade provocado pela L.E.R. e para manter o auto-respeito, pode impelir a procura por procedimentos terapêuticos de auto-ajuda, visto que as repercussões psicológicas são marcantes e derivadas, sem dúvida, da incapacidade física.

Na busca da otimização dos trâmites para o tratamento, e para evitar condutas inadequadas, é necessário que seja observada a regulamentação adotada em casos de acidentes de trabalho, assim como um criterioso procedimento médico-administrativo, o que possibilita maior garantia de cuidados e

cura ao doente. A seguir é apresentado um fluxograma sugerindo uma conduta médico-administrativa diante de um trabalhador com queixa de dor nos membros superiores.

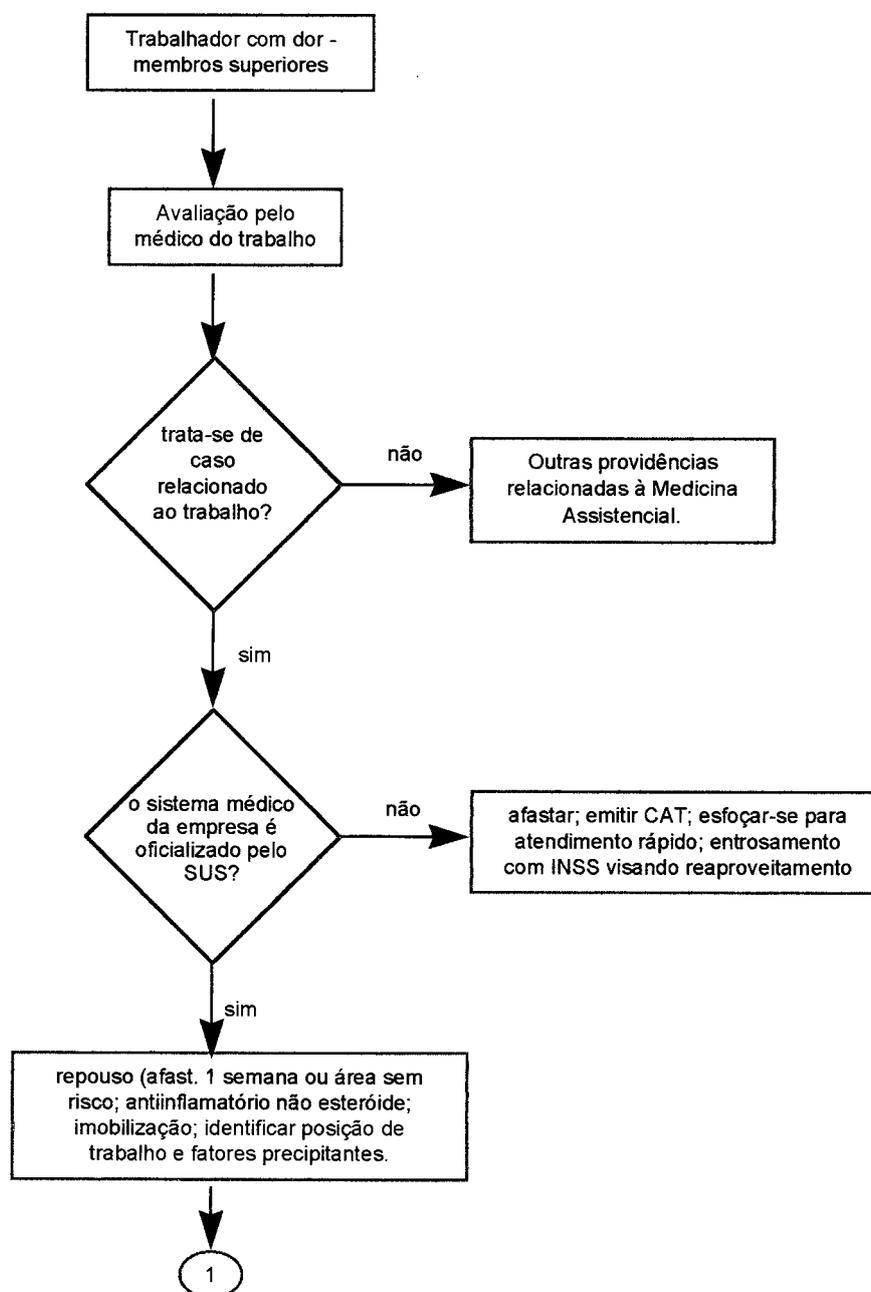
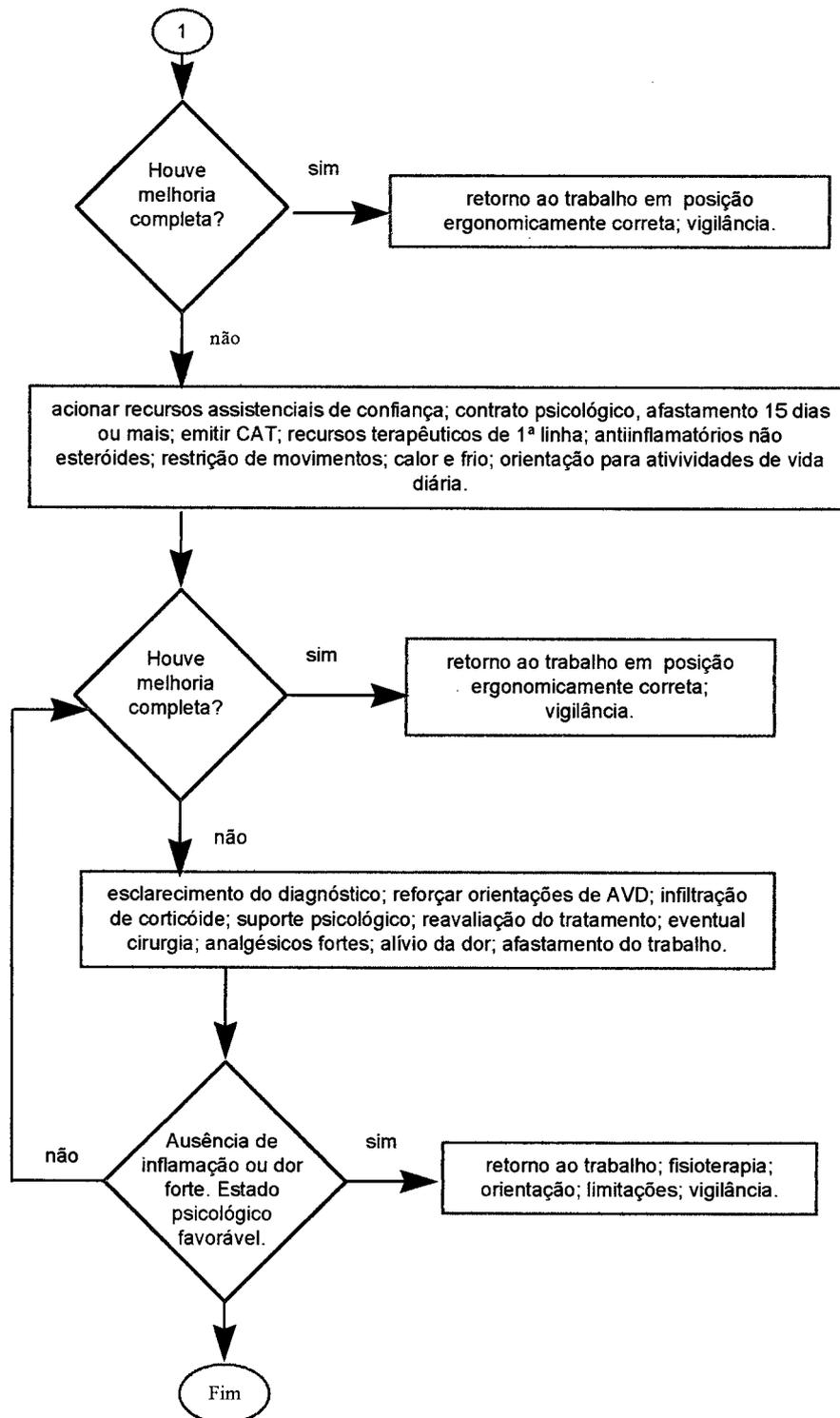


Figura 2.1. Fluxograma de conduta médico-administrativa no caso de trabalhador com dor nos MMSS (adaptado de Couto, 1991)



Cont. Fig. 2.1. Fluxograma de conduta médico-administrativa no caso de trabalhador com dor nos MMSS (adaptado de Couto, 1991)

Apesar de todas as formas de tratamento citadas, existem doentes que não respondem ao repouso ou a outras medidas conservadoras como a prescrição de antiinflamatórios e fisioterapia. Até mesmo a cirurgia pode não surtir o efeito esperado, justamente por não aliviarem sintomas debilitantes já instalados, podendo causar frustrações no doente, no empregador e nos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento (Higgs & Mackinnon, 1995).

Mesmo com o tratamento adequado na fase aguda, Rodrigues (1995) afirma que o retorno à mesma função ainda é complicado, pois no caso da L.E.R., o retorno à mesma atividade desencadeia recidiva. Neste caso, o prognóstico para retorno à empresa na mesma função é reservado, mas é bom para as atividades de vida diária.

Para evitar a L.E.R., pois por sua natureza conduz a quadros agravantes, a conduta mais efetiva continua sendo a prevenção. Mudanças de natureza ergonômica, organizacional e comportamental podem reduzir ou eliminar a ação ofensiva, pois segundo Thompson & Phelps (1990), a prevenção diminui mais a incidência de L.E.R. do que o tratamento médico.

2.6. REPERCUSSÕES DA L.E.R.

Segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (1993), a principal consequência da L.E.R. é a perda da capacidade de realizar movimentos, o que interfere diretamente sobre a condição social e psicológica do indivíduo. Isso se verifica quando a lesão impede temporária ou permanentemente o homem de realizar trabalho, já que este ato passa a ser um elemento de degradação física e emocional.

A literatura mostra que 61,4% dos pacientes com L.E.R. desenvolvem incapacidade parcial permanente, enquanto que 38,6% apresentam incapacidade temporária (Hoefel, 1995).

Dentro desse contexto, um aspecto importante diz respeito à diminuição salarial a partir do momento em que o trabalhador afasta-se do trabalho e necessita receber auxílio-doença (INST, 1995). A renda diminui e

isso torna-se um problema familiar e até para a realização do tratamento adequado. Dessa forma, o trabalhador, muitas vezes, é impelido a continuar trabalhando em outra atividade, o que contribui para agravar o problema.

Contudo, Sato et al (1993) ressalta também que o trabalhador tem necessidade de demonstrar que continua tendo aptidão, e esta tentativa pode gerar uma atitude de negação da doença, levando à persistência na execução das atividades e piorando o quadro clínico.

Segundo Dejours (1995), esse mecanismo de defesa que leva o trabalhador a calar sobre a doença e o sofrimento, o conduz a negar que precisa de cuidados e a evitar consultas médicas inicialmente.

De acordo com Snelwar (apud Sartori, 1996), essa postura surge em decorrência do medo da demissão ou do corte das gratificações, por isso muitos trabalhadores se sentem mais protegidos ao esconder a doença da empresa, o que os leva freqüentemente a ultrapassar seus próprios limites. Associa-se a isso, a busca de constatar a capacidade para continuar ou retornar às atividades desempenhadas, pois a inaptidão pode conduzir ao sofrimento, tanto pela incapacidade de trabalho como por não poderem ser provedores de seus lares.

Esse conjunto de atitudes e reações comumente manifesta-se em função de “estar doente”. Quando isso se transforma em “permanecer doente”, significa uma mudança de vida no sentido do sujeito ter que assumir e inserir a doença em sua realidade. Dessa forma, é necessário adaptar-se a novos padrões de vida e impô-los também à família, o que implica na reconstrução de um novo estilo de vida em função da doença.

Em relação aos portadores de L.E.R., quando eles assumem a realidade da doença, são comuns os sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psicológica perante a vida. Ao se perceberem sem saída e sem apoio ocorre a desvalorização e o abalo do auto-conceito, gerando uma grande fragilidade psicológica, a qual pode induzir quadros depressivos de

intensidade variada, de acordo com o que a pessoa tenha investido em seu trabalho (ibidem).

A angústia então se manifesta e decorre da incapacidade de realizar atividade produtiva, uma vez que o trabalho assalariado é visto por quase toda a sociedade como um fator de promoção e status.

Segundo Hoefel (1995), a incapacidade e a limitação funcional acarretadas pela L.E.R. nos estágios 3 e 4 de sua evolução, conduzem a sentimentos muitas vezes relacionados à vivência de inutilidade perante às atividades de vida diária, e agravados pela própria dor crônica e depressão, os quais repercutem nas atividades fisiológicas como apetite, sono e vida sexual, estabelecendo assim, um ciclo vicioso que se auto-realimenta.

A vivência do não reconhecimento da doença e inclusive dos sentimentos de desconfiança que as chefias, os colegas, a família e a sociedade demonstram, colaboram intensamente para aumentar a depressão. Esses comportamentos devem-se à difícil percepção da doença, pois muitas vezes, o trabalhador demonstra aparência saudável, entretanto a "invisibilidade da doença" esconde seu sofrimento (ibidem).

Prieto et al (1995) também cita a mudança de humor, a irritabilidade, a insônia e o nervosismo, os quais são conseqüências da dor, como fatores que refletem diretamente na vida familiar do portador de L.E.R.

Lowy (1993), estudou a percepção dos impactos causados pela L.E.R. nos trabalhadores e descobriu que a doença afetou tanto a vida no trabalho como no lar. Isso se explicou pela redução da capacidade de realizar trabalho tanto assalariado como os afazeres de casa. Observou também relatos de rompimento nas relações familiares, ocasionando necessidades financeiras, emocionais e físicas. A participação em esportes e atividades de lazer também foi comprometida pelas limitações da doença e pela falta de motivação.

Além das conseqüências individuais, Attaran (1996) considera que a L.E.R. afeta também todo o sistema produtivo, uma vez que um funcionário

afastado implica em custos para o sistema de seguridade e diminuição da produtividade para a empresa. Um funcionário aposentado por incapacidade, além dos custos para o sistema de seguro social, ainda acarreta em perda de mão-de-obra especializada e necessidade de treinamento de novos funcionários pela empresa, já que no universo especializado, um trabalhador tem um custo significativo para ser treinado.

Couto (1997), também afirma que a relação custo x benefício de uma empresa sofre déficit, acarretados desde a perda com funcionários afastados devido à L.E.R., até aspectos mais complexos de comprometimento do resultado financeiro da organização.

O custo social de uma doença que se instale precocemente durante a idade produtiva, acarreta prejuízo não apenas para o trabalhador - que além de perder a saúde, corre o risco de perder o emprego e tornar-se incapacitado para o trabalho - mas também para toda a sociedade, e neste contexto estão incluídos a família e todas as relações sociais que envolvem um indivíduo nessa situação.

Strakal (1994) relata que o custo humano, diferentemente do custo da empresa, é difícil de medir, pela dificuldade de cura da L.E.R.. A cirurgia e os tratamentos conservadores podem ajudar a reparar o dano, mas os indivíduos atingidos pela doença, podem nunca mais reaver a sensibilidade, o movimento e a força.

Finalizando, a síndrome L.E.R. está além das dimensões físicas, em geral enfatizadas. Ela se estende também às esferas psicológica, econômica e social de maneira comprometedora, a qual só a vivência em situação real pode revelar.

3. CRITÉRIOS UTILIZADOS NA PREVENÇÃO DA L.E.R.

Em razão de tudo o que foi exposto sobre a L.E.R., tem havido esforços no sentido de melhorar as condições de trabalho das pessoas expostas aos riscos desta doença ocupacional. Existem também aqueles voltados para a melhoria do trabalho em geral, mas que também são aplicáveis a estes casos.

O objetivo deste capítulo é mostrar que é possível adotar algumas medidas para prevenir e/ou minimizar o aparecimento das L.E.R.s, isso pode ser alcançado através da observância da própria legislação brasileira, de estudos voltados à essa problemática, assim como da atuação voluntária das empresas.

3.1. A NORMATIZAÇÃO E A L.E.R.

Em princípio, a tenossinovite era conhecida como “doença dos digitadores” e foi a primeira patologia causada por esforços repetitivos no trabalho a ser reconhecida legalmente como doença profissional. Isso se deu no ano de 1987, através da portaria nº4.602 do Ministério da Previdência e Assistência Social (Sato et al, 1993). Esse fato foi um marco e o limiar na luta para o reconhecimento das demais doenças causadas pelo esforço repetitivo no trabalho.

Hoje o rol das L.E.R.s já conta com quatorze tipos de patologias que estão dispostas nas Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade sobre L.E.R. (INSS, 1993), a qual dispõe sobre os procedimentos administrativos e periciais, as formas clínicas, os estágios evolutivos, a prevenção e sobre a conduta dos profissionais de saúde frente ao atendimento dessa doença profissional.

De forma a não permitir que os trabalhadores sejam expostos aleatoriamente a situações de risco, bem como para obter melhorias nos ambi-

entes de trabalho, prevenindo e/ou minimizando as doenças ocupacionais, a Lei nº 6.514 de 22/12/77 da CLT, referente à Segurança e Medicina do Trabalho, estabelece normas brasileiras regulamentadoras como as NR-5, NR-7, NR-9 e NR-17, aprovadas pela Portaria nº 3.214 de 08/06/78 (Man. de Leg. Atlas, 1995).

Essas Normas Regulamentadoras se sobrepõem, no sentido de que uma depende da outra para a eficiência de programas de saúde e segurança no trabalho. Um exemplo disso, é a elaboração do mapa de riscos da empresa, que consta na NR-5, o qual é feito pela CIPA e pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quando houver, conteúdo da NR-7. Esse veículo é a representação gráfica do reconhecimento dos riscos a que o trabalhador está sujeito no meio em que trabalha, pois deve ser afixado no setor onde há riscos como os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, conforme consta na NR-9, sendo que a questão ergonômica é tratada mais especificamente na NR-17. Os objetivos dessas NRs apresentadas, estão dispostos na tabela 4.1.

Vale ressaltar que essas são normas fiscalizáveis e que o descumprimento é passível de notificação para regularização, interdição ou embargo conforme NR-03, ou autuação conforme NR-28, sendo que as últimas medidas ensejam sanção econômica aos empregadores na forma de multas.

Sendo assim, estas NRs devem ser encaradas como padrões de procedimentos que devem ser observados por empregadores, os quais precisam oferecer condições saudáveis de saúde e segurança aos seus empregados, provendo a estas informações necessárias para a prevenção de doenças ocupacionais.

Tabela 3.1. Normas Regulamentadoras aplicáveis à ambientes de trabalho com risco de ocorrência de L.E.R.

NORMA (NR)	OBJETIVOS
<p style="text-align: center;">NR-5</p> <p>Organização da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA</p>	<p>- Observar e relatar condições de riscos nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos, discutir os acidentes ocorridos, encaminhando aos serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e ao empregador o resultado da discussão, solicitando medidas que previnam acidentes semelhantes. Orientar os trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.</p>
<p style="text-align: center;">NR-7</p> <p>Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO</p>	<p>- Prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação de existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores. Obrigatoriedade de exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.</p>
<p style="text-align: center;">NR-9</p> <p>Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA</p>	<p>- Preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através de antecipação, reconhecimento, avaliação e controle dos riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho.</p>
<p style="text-align: center;">NR-17</p> <p>Ergonomia</p>	<p>- Adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, proporcionando máximo conforto, segurança e desempenho eficiente.</p>

Fonte: Adaptado do Manual de Legislação em Saúde e Segurança do Trabalho (1995).

As NRs citadas anteriormente não são necessariamente compulsórias apenas na situação de trabalho com riscos de L.E.R.s, mas em todo ambiente de trabalho que põe em risco a saúde do trabalhador, quando estes enquadram-se no que propõem as NRs. Entretanto, são reportadas aqui situações de risco que desencadeiam L.E.R., logo, estas NRs servem como base consistente para a prevenção desta doença ocupacional.

Moura (1996) destaca que os empregadores não estão sujeitos apenas ao cumprimento das NRs, mas devem observar também as disposições incluídas em códigos de obras ou regulamentos sanitários dos Estados e Muni-

cípios e outras, oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho, como é o caso de proposições da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que ao serem ratificadas pelo Brasil, têm força de Lei, ou seja, são fiscalizáveis.

Com bases nas normas vigentes e com o objetivo de prevenir os casos de L.E.R., o Rio de Janeiro foi o primeiro Estado brasileiro a implantar a lei que protege as pessoas expostas aos fatores de risco de L.E.R., principalmente as que trabalham em computadores. A Lei 2.586/96 (D.O.RJ/96) classifica a L.E.R. como uma doença do trabalho, prevê a fiscalização dos locais de trabalho pelo SUS, melhorias através dos Programas de saúde do Trabalhador, bem como a aplicação de penalidades no caso de infração da Lei.

O Estado de Santa Catarina, tomando o exemplo anterior, também está em vias de apresentar um Projeto-de-Lei que beneficie mais amplamente os trabalhadores expostos aos fatores de risco da L.E.R.

O valor da legislação é sem dúvida relevante e proporciona muitos benefícios quando seguida adequadamente, contudo, a legislação não pode cobrir toda uma contingência, é necessário também a incorporação de uma auto-regulamentação que, associada a políticas e programas estabelecidos voluntariamente pelas empresas, possibilite uma atuação de natureza não-compulsória em segurança e saúde ocupacional.

Desse modo, ressalta-se a importância da auto-iniciativa da empresa em prover o bem-estar dos funcionários, definindo e avaliando saídas, baseadas na legislação sem, entretanto, ater-se unicamente à ela.

Um exemplo disso é o modelo britânico, o qual parte do pressuposto que as normas técnicas não são suficientes para a redução dos riscos e das doenças ocupacionais, surgindo então, a preocupação em desenvolver normas de sistemas de gestão em segurança e saúde ocupacional, como é o caso da norma britânica BS 8800 que propõe diretrizes para melhorias na segurança e saúde ocupacional, partindo de uma visão sistemática, por entender que falhas nesses aspectos repercutem negativamente sobre toda a instituição (Farber & Oliveira, 1997).

Nesse sentido, comportamentos pró-ativos possibilitam a formação de estratégias defensivas e corretivas de segurança e saúde ocupacional, que visam a otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros da empresa.

3.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE ERGONOMIA

A Norma Regulamentadora NR-17, citada anteriormente, versa sobre ergonomia e a necessidade da implantação de seus princípios para a melhoria dos postos de trabalho. Mas o que é Ergonomia?

A ergonomia é definida segundo Wisner (apud Santos & Fialho, 1995) *“como o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”*.

Iida (1995) simplesmente afirma que ergonomia *“é a adaptação do trabalho ao homem”*. Desse ponto de vista, o trabalho não se restringe apenas à ação mecanicista de utilização de máquinas para transformar materiais, mas a toda situação envolvendo a relação homem-trabalho.

Nesse sentido, a prática ergonômica observa o respeito ao homem enquanto trabalhador e ser humano bem como à sua qualidade de vida no trabalho. Para isso, a metodologia ergonômica aborda aspectos referentes às três dimensões do trabalho: a demanda (os problemas), a tarefa (o dever) e a atividade (o fazer). Estas dimensões englobam os fatores organizacionais, técnicos e ambientais, inclusive aspectos referentes ao comportamento do homem no trabalho.

Nesse contexto, Laville (apud Santos & Fialho, 1995) afirma que a ergonomia é uma *“disciplina que procura a melhoria das condições de trabalho no sentido global do termo”*, sendo complementado por Wisner (ibidem) que a considera também útil para *“o aumento da produtividade e da qualidade dos produtos, a serem produzidos”*.

A ergonomia possui caráter interdisciplinar, pois utiliza-se dos conhecimentos de diversas disciplinas, coordenando-os com suas pesquisas próprias para chegar a novos e mais abrangentes conhecimentos sobre a relação homem-trabalho. Com a disponibilidade desses conhecimentos ergonômicos, Paraguay (1990) assegura que é possível abordar o trabalhador em sua situação real e geral de trabalho e a partir disso, elaborar hipóteses sobre as relações entre as condições e organização do trabalho e as manifestações expressas de fadiga, desgaste, desconforto, mal-estar e doenças.

Para Mendes (1995) o trabalho é proveniente da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho. Dentro deste contexto, o papel da ergonomia no sistema de produção visa contribuir mais efetivamente na transformação do trabalho participando ativamente na implantação de projetos ergonômicos que visam modificar os ambientes de trabalho, proporcionando assim, condições laborais físicas e psicologicamente aceitáveis.

Devido à demanda crescente por melhores serviços e aumento de produtividade, o que também ocasiona o aumento do número de trabalhadores com L.E.R., a ergonomia torna-se cada vez mais promissora na contribuição para a solução deste problema. Para isso é necessário a implantação de uma ergonomia de concepção, pois para Higgs et al (1992), apenas a monitoração das queixas dos trabalhadores ou do tratamento médico conduzem a um falso senso de segurança, já que a L.E.R., geralmente, apresenta manifestações tardias advindas de um problema causado por lesões contínuas e cumulativas.

O que se preconiza é que medidas preventivas são mais eficazes do que as corretivas, já que através de estudos prévios, poderão ser detectadas possíveis situações de riscos e evitados danos futuros. Quando não há possibilidade de intervenção na concepção do projeto e no posto de trabalho, é necessária a implantação de um programa ergonômico que vise eliminar ou minimizar as condições laborais existentes causadoras de problemas.

Contudo, apenas mudanças nos equipamentos não previnem lesões nos trabalhadores. A implementação de um programa ergonômico que vise identificar os problemas e as causas, para em seguida, implementar e monitorar soluções, é de extrema importância. Mudanças aleatórias, sem estudos anteriores, podem causar impactos negativos e adversos aos esperados, além do risco de serem recebidos com resistência pelos trabalhadores, ao contrário do procedimento ergonômico, onde há envolvimento de toda a instituição e, conseqüentemente, de vários níveis hierárquicos.

Attaran (1996) sugere um modelo de intervenção ergonômica que utiliza uma abordagem integrada de serviços, incluindo: um compromisso por parte da gerência em instituir melhoramentos; um plano de ação envolvendo o desenvolvimento de planos, procedimentos e programas de treinamentos, assim como avaliação, controle e documentação do programa ergonômico; uma análise do posto de trabalho visando identificar problemas e riscos existentes no ambiente de trabalho; o desenvolvimento de uma estrutura de suporte para um programa de prevenção e segurança no trabalho que requer o envolvimento do trabalhador nas sugestões de melhoramentos para o ambiente e para o processo de trabalho; e finalmente, a implementação das modificações ergonômicas dentro do projeto de trabalho. Esta implementação requer que a empresa adote uma conduta pró-ativa frente aos problemas detectados visando melhoramentos contínuos.

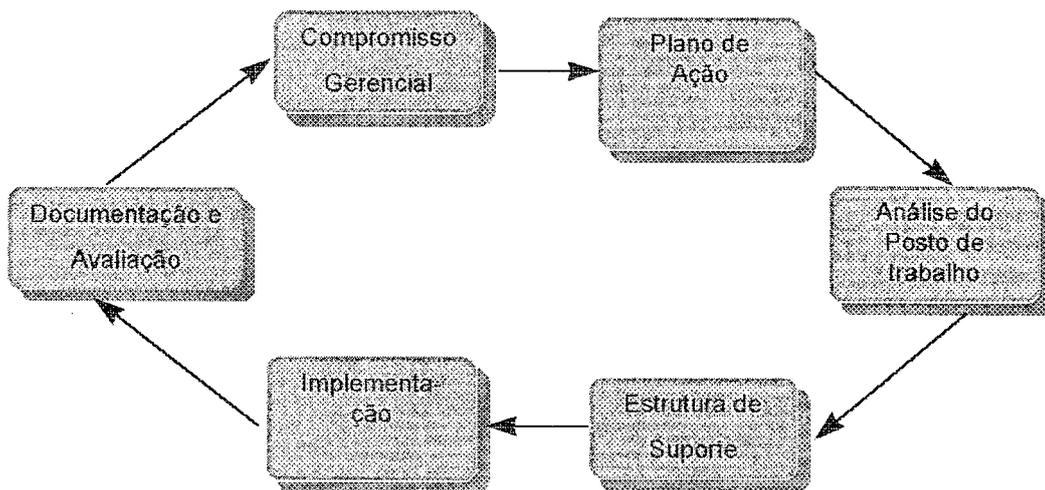


Figura 3.1- Abordagem integrada de serviços para a implantação de um programa ergonômico segundo Attaran 1996.

3.2.1. Ergonomia e L.E.R.

É de consenso geral que más condições dos fatores ambientais e da organização do trabalho contribuem para o desenvolvimento de L.E.R. Assim, é lógico pensar que os princípios ergonômicos são amplamente utilizáveis e necessários para a prevenção desse distúrbio. O que se considera aqui, não é apenas a implantação de uma ergonomia de concepção do posto de trabalho ou de uma ergonomia de correção, mas acima de tudo, de uma ergonomia de conscientização, onde o trabalhador aprenda a portar-se de forma segura diante da situação de trabalho, sabendo quais delas colocarão em risco sua saúde e segurança, bem como os procedimentos a serem realizados para eliminar ou minimizar esses riscos.

Dessa forma, concebe-se a ergonomia como uma concepção de vida, através da qual busca-se maneiras de melhor realizar atividades sem sobrecarregar demasiadamente o sistema humano, pois de acordo com Kroemer (1995), o corpo usado dentro da razão é uma barreira forte para o surgimento de L.E.R.

Diversos autores propõem medidas posturais preventivas em relação a esse problema. Falcetta (1997), sugere que para o trabalho repetitivo sentado deve ser adotada uma postura de modo que cada parte do corpo mantenha uma posição específica e sem sobrecarga.

A ginástica laboral, associada a programas ergonômicos, também é considerada um método que auxilia na prevenção de L.E.R., já que garante o alongamento muscular e procura compensar, através de exercícios, algumas posturas errôneas adotadas durante o trabalho. Nas situações de grande esforço físico, é indicada uma ginástica de alongamento e de aumento leve do metabolismo, de forma a preparar o organismo para a atividade que se inicia. No caso de trabalhos com muita repetição de movimentos, o indicado é um programa que inclua várias interrupções para exercícios de alongamento (Couto, 1996).

Dessa forma, a ginástica laboral proporciona inclusive a humanização dos ambientes de trabalho, reduzindo o estresse e a irritabilidade provenientes, algumas vezes, do trabalho. Entretanto, é um método que não deve ser imposto, pois pode trazer resultados contrários ao esperado, caso o funcionário o faça com desprazer.

Como o arranjo do posto de trabalho pode ser um condicionante da lesão, nem sempre apenas a educação postural traz os resultados esperados. É necessário também um estudo ergonômico visando a adequação deste posto às medidas antropométricas dos trabalhadores e ao tipo de trabalho desenvolvido no posto. Neste caso, se lança mão da metodologia ergonômica para o estudo.

Dentro desse contexto, devem ser considerados não somente os aspectos físicos do trabalho, mas também os aspectos organizacionais como a introdução de pequenas pausas de 10 minutos a cada 50 minutos trabalhados, sem aumento do volume ou ritmo de trabalho em decorrência do intervalo, conforme prevê a NR-17.

Outro modo de organização do trabalho que atua contra a L.E.R. é o processo de rotação de trabalhadores entre diversas atividades. Higgs et al

(1992) demonstraram essa tese através de estudos científicos comparativos em cinco grupos de trabalho, onde verificaram que o grupo de trabalhadores que fazia rotação entre atividades era o menos acometido por L.E.R., justamente por utilizar grupos musculares diferentes em cada atividade, o que não permitia o aparecimento de fadiga crônica por repetitividade.

Kohler (1994), considera que as estratégias preventivas contra L.E.R. envolvem algumas determinações como: eficiência e saúde músculo-esqueléticas, redução dos riscos ambientais, redução do estresse, e interesse conjunto da empresa e dos funcionários em melhorias da qualidade de vida. Medidas como a ginástica laboral, a educação dos trabalhadores, a preocupação gerencial e as modificações ergonômicas são pontos-chaves para a prevenção da L.E.R.

A educação em forma de treinamentos para os funcionários e gerentes é essencial, pois através disso eles podem entender o princípio da ergonomia, e então dar suas opiniões e contribuir para a identificação e correção dos riscos ergonômicos (Prieto, 1995; Bimonte, 1994).

Contudo, Attaran (1996) demonstra uma preocupação prática a respeito da questão ergonômica, pois considera que além de contemplar o ser humano, ela deve contemplar três fatores que afetam todas as organizações: os custos, a qualidade e a produtividade. O autor cita o exemplo do aumento superior a 26% nos casos de L.E.R. nos estados Unidos em 1992, o que resultou em faltas de um ou mais dias no trabalho de 90.000 trabalhadores, ocasionando um custo de mais de 20 bilhões de dólares anualmente. Devido a isso, o autor relata que algumas indústrias têm utilizado programas ergonômicos devido aos seus benefícios na economia de custos associados à prevenção. Um exemplo é a implantação de um programa de ergonomia em uma empresa, onde além de conseguir reduzir a incidência de L.E.R., a companhia também teve uma economia anual de aproximadamente 20% acrescida do aumento da qualidade dos serviços.

Corroborando o procedimento anterior, Resnick (1996) afirma que a incorporação precoce de um programa de ergonomia ainda no projeto do posto de trabalho determina menor custo do que a implantação ergonômica em um posto já instalado, pois isto implica em mudanças desde os equipamentos já comprados até nas formas de organização de trabalho adotadas. Porém, a intervenção de cunho corretivo é bastante válida e traz benefícios marcantes, constituindo-se num instrumento eficaz e capaz de refletir em melhores condições de trabalho nesses casos.

É certo que o mais efetivo seria evitar totalmente o risco, promovendo mudanças no processo de trabalho. Entretanto, quando isso não for possível, o correto seria redesenhar a tarefa; introduzir material ou instrumento de apoio para a execução da tarefa; redesenhar o posto de trabalho e prover informações sobre os riscos, inclusive treinamentos de como executar melhor a tarefa e lidar com riscos existentes, pois os trabalhadores precisam conhecer os riscos específicos a que estão expostos. Informações e treinos, porém, não são substitutos de um sistema de segurança no trabalho (Risk Management..., 1996).

Para Silva Filho & Montedo (1996), é necessário ainda, buscar formas de organizações de trabalho alternativas, onde a questão principal seja o resgate do conteúdo das tarefas e da participação nas decisões, rompendo a separação entre quem planeja e quem executa o trabalho.

Considerando a necessidade de prover melhorias que tornem mais saudável o ato de trabalhar, Maciel (1995) lançou uma proposta de política de prevenção da L.E.R. relacionada, principalmente, às tarefas de risco de trabalhadores bancários, ou seja, de processamento de dados, processamento de textos, operações de caixa, operações com máquina de calcular e operações com telefone.

Contudo, o programa pode estender-se às diversas situações que envolvem fatores condicionantes de tarefas repetitivas, pois contempla mais os

fatores humanos relativos às atividades. Essa política preventiva baseia-se nas seguintes medidas:

- Organização do trabalho: visando maior autonomia do funcionário no sentido de ele influenciar nas decisões quanto ao fluxo do trabalho, carga de trabalho, planejamento das atividades, conteúdo das atividades, demanda nos horários de pico e na supervisão do trabalho. O ritmo de trabalho deve considerar as diferenças individuais.
- Planejamento do trabalho: deve considerar fatores como habilidades físicas e necessidades psicológicas dos funcionários, variedade nas tarefas, significância das tarefas, autonomia e conhecimento dos resultados, contato social e oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.
- Variação de tarefas/pausas: sempre que possível as funções devem ser planejadas de forma a incluir variação entre trabalhos repetitivos e não-repetitivos. Quando a variação não for possível, deve-se prever pausas regulares no trabalho, as quais dependerão do tipo de trabalho ou da natureza das tarefas. Recomenda-se uma pausa de 10 a 15 minutos a cada hora trabalhada.
- Períodos de adaptação: para os que retornam ao trabalho após afastamento de duas ou mais semanas, a adaptação pode ser feita através de rodízios, pausas, redução na taxa de produção ou da carga de trabalho, devendo esta ser aumentada gradativamente. O período de adaptação deve ser estabelecido participativamente com os trabalhadores e os profissionais de saúde e segurança.
- Planejamento das estações de trabalho: no planejamento deve-se considerar tanto aspectos físicos como psicológicos do ambiente de trabalho para evitar estresse decorrente de inadequações. Medidas devem basear-se nas normas regulamentadoras. Levar em

conta: análise da tarefa, estudo de posturas, espaço de trabalho, layout da estação de trabalho.

- Seleção de tecnologias e equipamentos: a seleção e introdução de tecnologias devem ser feitas participativamente levando em consideração aspectos físicos e psicológicos dos usuários. Devem permitir também uma boa relação homem-máquina, caso contrário pode contribuir para uma carga de trabalho desbalanceada e aumento na taxa de produção para compensar o tempo perdido.
- Treinamentos: os grupos alvo são supervisores e gerentes de trabalhadores em função de risco, funcionários em função de risco, pessoal responsável pela compra de novos equipamentos e funcionários novos.

Programas de prevenção da L.E.R. como o destacado anteriormente, proporcionam melhorias consideráveis no desempenho do trabalho. Entretanto, para que alcancem o sucesso esperado, deve-se levar em conta que o processo para o estabelecimento de condições de trabalho mais seguras e humanamente aceitáveis deve considerar a visão macroergonômica, onde procura-se analisar o problema de forma sistemática, observando os critérios de inclusão do conjunto de pessoas envolvidas na produção, a fim de torná-las participantes do programa de prevenção e da intervenção ergonômica na empresa, bem como das decisões de implementação de mudanças e de suas avaliações, tendo em vista que serão os maiores usuários do projeto.

Em relação às medidas preventivas segundo Novaes (1995), a despeito de algum gasto inicial, reduzem as despesas com a previdência Social e com o treinamento de mão de obra especializada, que se afasta em virtude de doenças evitáveis. Os custos do tratamento de doenças e dos benefícios pagos pela previdência social, retornam sempre sob a forma de impostos, para a própria empresa e para a sociedade em geral.

No caso da L.E.R., medidas como o cumprimento da legislação e a prática ergonômica associadas ao interesse e participação gerencial é relevante, principalmente no que concerne à educação do trabalhador, provendo a este meios de reconhecer os fatores de riscos e adotar um comportamento preventivo, pois sabe-se que mudanças no comportamento envolve também mudanças de idéias e, conseqüentemente, darão lugar a uma cultura de disciplina e trabalho mais seguros, evitando assim, o desencadeamento de doença.

Ressalta-se então, a reflexão de Gaudêncio (apud Moura, 1996), na qual os empresários estão diante de uma realidade em que, com o pessoal reduzido, devem produzir mais e com melhor qualidade. Diante deste cenário, o respeito à dignidade do ser humano não é mais opção humanitária: é fator de sobrevivência.

4. A VIVÊNCIA DA L.E.R.: ESTUDO REALIZADO NA ASSOCIAÇÃO DOS PORTADORES DE L.E.R. DE SC

4.1. INTRODUÇÃO

O estudo de caso foi realizado na Associação dos Portadores de L.E.R. de Santa Catarina - APLER/SC, fundada em 17/12/96, cuja missão principal é a auto-ajuda. Visa também a troca de informações, agrupar os portadores e divulgar a doença, mostrando suas conseqüências adversas a fim de incentivar a prevenção, até mesmo em termos legais. Ainda presta auxílio aos portadores que encontram-se prejudicados em seus direitos devido à doença.

O estudo restringe-se a esses sujeitos por dois motivos: por restrição de tempo; e por formar um grupo onde os componentes atuam praticamente buscando ajuda e apoio mútuo.

4.2. METODOLOGIA DA PESQUISA

Tendo em vista a escassez de trabalhos de pesquisa abordando a questão da experiência de vida dos portadores de L.E.R. em relação à doença, escolheu-se investigar essa questão junto às pessoas que fazem parte da APLER/SC. De acordo com a procedimento ergonômico, os resultados da pesquisa serão retornados aos associados.

Os dados levantados têm predominância qualitativa por apresentarem caráter subjetivo, contudo, a avaliação dos mesmos foi quantitativa.

4.2.1. Método de Trabalho

Para a consecução dos objetivos propostos para a pesquisa, utilizou-se um método de trabalho fundamentado em uma pesquisa de campo, constituída de duas etapas: uma fase exploratória e outra de coleta de dados.

– Fase Exploratória:

Esta etapa deu-se através da participação em algumas reuniões da Associação, bem como através de conversas informais com os componentes do grupo. Os objetivos desta etapa foram os de gerar um primeiro contato, estabelecendo o propósito do estudo e uma relação de confiança, bem como o de delimitar os questionamentos mais relevantes a serem incluídos no levantamento de dados.

– Coleta de Dados:

Para a coleta de dados, utilizou-se o levantamento de campo através do método da entrevista dirigida, a qual segundo Santos & Fialho (1995) “é um procedimento individualizado, com contato direto entre entrevistado e entrevistador e que tem por objetivo recolher informações qualitativas... e por ser uma abordagem mais aprofundada, permite compreender alguns dos comportamentos dos entrevistados que não podem ser explicados de forma objetiva através do uso exclusivo das observações”. A decisão por este método foi tomada, principalmente, em função da amostra ser pequena e permitir esse contato direto.

A utilização deste método teve por base um questionário elaborado previamente, o qual para melhor compreensão, foi dividido em 5 etapas, são elas: dados pessoais; características do trabalho, envolvendo um breve histórico da vida laboral e o trabalho atual; características da doença em relação aos sintomas e condutas de tratamentos médicos e da empresa; relação com a doença, onde procurou-se captar as atitudes e reações do portador face à problemática; e finalmente, a vida atual, buscando perceber o que acontece na vida e as perspectivas do portador de L.E.R.

A aplicação do questionário foi precedida por contato telefônico com os associados que não participavam das reuniões, sendo que a estes eram apresentados os objetivos da entrevista e era solicitada sua cooperação. Para

aqueles que compareciam com freqüência às reuniões, os objetivos eram ditados pessoalmente.

Foi realizado inicialmente um estudo piloto baseado nas primeiras entrevistas, no qual, através da opinião dos entrevistados e de análise posterior, sentiu-se necessidade de colocar perguntas adicionais no questionário para melhor contemplar o assunto.

Para a aplicação das entrevistas, foi essencial a utilização de gravador, visto que o questionário era extenso em decorrência das questões abrangidas, e os entrevistados geralmente tinham dificuldades para a escrita. Além disso, este instrumento permitiu uma análise de dados mais aprofundada posteriormente.

Após a reformulação dos questionários que serviram de base para a entrevista dirigida, deu-se a aplicação final e posterior análise dos dados.

4.2.2. Limitações da Pesquisa de Campo

Apesar da amostra ser pequena, houve dificuldades em contactar os associados, sendo que ao final, não foi possível a esta pesquisa abranger a totalidade do grupo, conseguindo incluir somente 16 das 20 pessoas associadas.

Aparentemente, essa restrição deu-se em decorrência dos problemas oriundos da doença como: a depressão, sendo que a pessoa não se dispunha a ter contato com a entrevistadora; a desconfiança em relação aos objetivos da pesquisa, embora estes fossem claramente colocados; e o medo de perder o emprego, pelo fato de que os resultados pudessem, de alguma forma, vir a causar prejuízo ao expor as limitações e restrições de que o associado é portador.

Ainda que tomados os devidos cuidados ao abordar o associado para a colaboração com este trabalho, explicando minuciosamente o objetivo e a origem da pesquisa, sem fins políticos e vinculada à uma instituição de ensino,

além de assegurar o retorno da mesma à APLER/SC, alguns associados não aceitaram ser entrevistados.

4.3. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados permitiu obter os resultados apresentados a seguir, os quais serão colocados numericamente em vista da amostra ser pequena e permitir, desse modo, uma melhor visualização do contexto.

4.3.1. Caracterização Geral do Grupo

A população a ser estudada contava com 20 pessoas, sendo que este trabalho, devido às limitações já expostas, abrangeu 16 pessoas, as quais representam uma amostra de 80% da população.

a) Quanto ao Sexo

Neste grupo, 04 pessoas pertencem ao sexo masculino e 12 pessoas pertencem ao sexo feminino, conforme visualizado na figura 4.1.

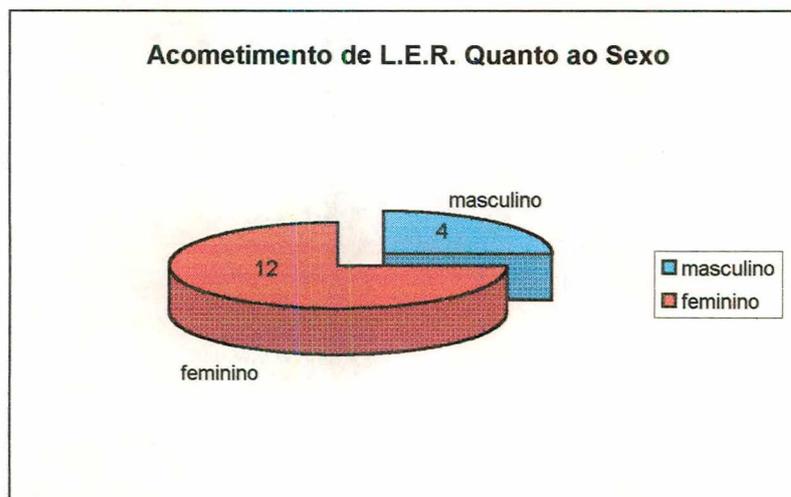


Figura 4.1- Acometimento da L.E.R. por Sexo.

b) Quanto à Idade

A amostra está compreendida atualmente na faixa etária entre 30 e 46 anos, onde 05 pessoas encontram-se na faixa etária entre 30-35 anos, 04 pes-

soas entre 36-40 anos, outras 05 pessoas com idade entre 41-45 anos e apenas 02 pessoas na faixa etária entre 45-50 anos (figura 4.2).

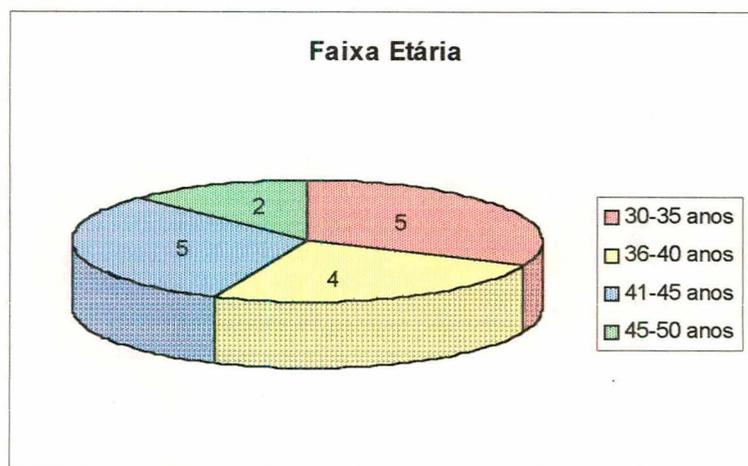


Figura 4.2 - Faixa etária atual da amostra.

c) Quanto ao Estado Civil

Segundo a figura 4.3, a amostra apresenta-se com 01 pessoa solteira, 11 pessoas casadas e 04 pessoas separadas.

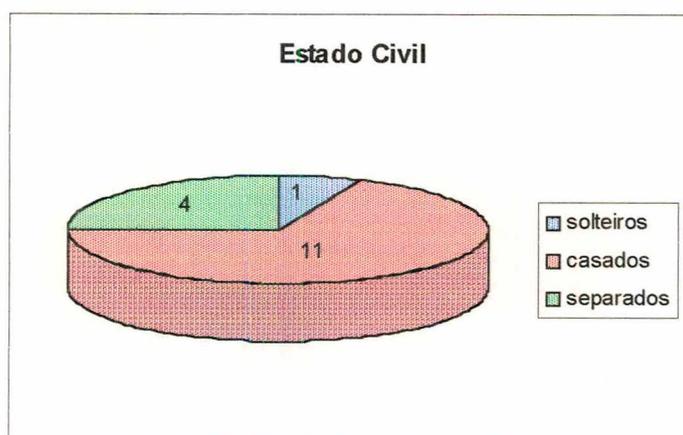


Figura 4.3 - Estado Civil.

d) Quanto à Escolaridade

Conforme a figura 4.4, a maioria das pessoas (10) possui 2º grau completo; 03 pessoas possuem 3º grau incompleto; e outras 03 conseguiram completar o 3º grau.

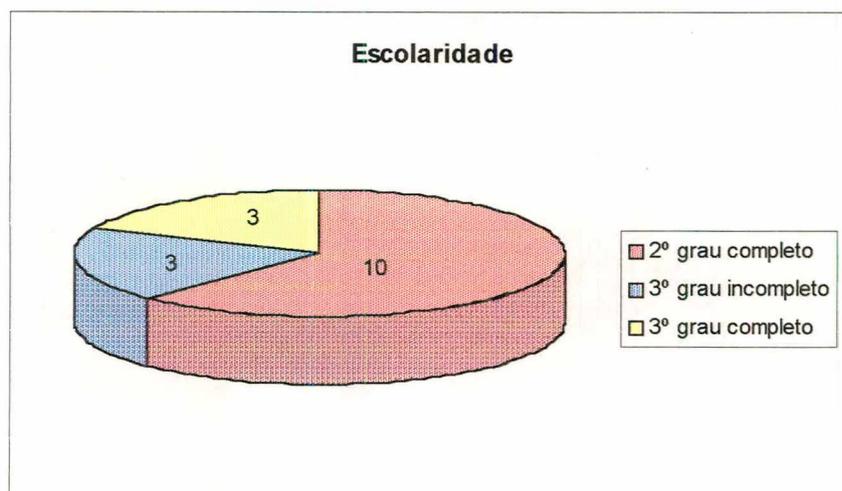


Figura 4.4 - Escolaridade

4.3.2. Características do Trabalho

⇒ Dados de Ocupações Anteriores:

Em relação à idade em que começam a trabalhar, o grupo apresenta a seguinte característica: 02 pessoas começaram a trabalhar entre 8 a 11 anos de idade; 01 começou a trabalhar entre 12 e 14 anos; 05 pessoas entre 15 a 17 anos; e 08 pessoas começaram a trabalhar entre 18 e 20 anos de idade.

Dentre as ocupações anteriores ao emprego atual, encontram-se as de auxiliar de escritório, balconista, empacotador de supermercado, datilógrafo, secretária (serviços gerais), secretária (escritório de contabilidade), recepcionista, escriturário, bancário, professor, empregada doméstica, técnico em Rx e ajudante de serralha.

⇒ Dados das Ocupações Atuais

a) Tipo de Empresa

A maioria das pessoas, compreendendo 12 entrevistados, trabalha em empresas de economia mista, sendo que 02 trabalham em empresas privadas e 02 em entidades sindicais sem fins lucrativos.

b) Tipo de Profissão e Função Exercidas

A grande maioria exerce a profissão de bancário, contando com 14 pessoas, restando apenas 02 pessoas que não trabalham em bancos.

Entre os bancários, 06 pessoas exercem função de caixa, 03 exercem a função de digitador e 05 pessoas exercem função de escriturário.

Em relação aos que não são bancários, 01 pessoa exerce a função de assistente administrativa e outra de digitadora.

A figura 4.5 ilustra de maneira geral as funções atuais das pessoas estudadas.

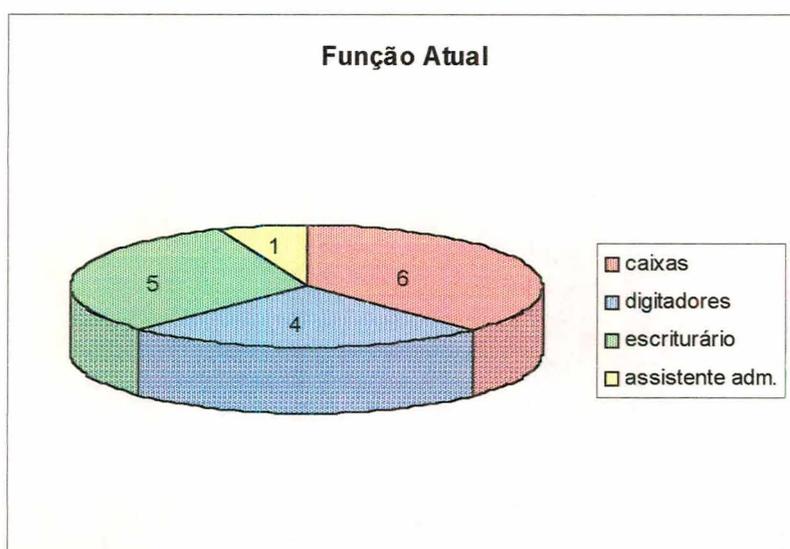


Figura 4.5 - Função Atual.

c) Modo de Realização do Trabalho

Com exceção dos caixas, que realizavam o trabalho na posição sentada e em pé, todos os entrevistados relataram que suas ocupações exigiam a postura sentada, sendo comum o mobiliário inadequado. Por este motivo era freqüente a realização de movimentos que exigem demasiado esforço físico como: rotação lateral da coluna para alcançar o computador ou o telefone; flexão da coluna cervical sobre a mesa ao trabalhar, principalmente com computadores; cadeiras sem regulagem de encosto e altura, etc.

Foi comum também o relato de pressão por tempo e produtividade, além da escassez de mão-de-obra especializada nos locais de trabalho.

A seguir serão melhor especificados os modos de realização dos trabalhos relativos às funções de:

c.1) Digitadores:

- no setor bancário o trabalho era realizado sempre sentado, geralmente com mobiliário inadequado e quase sem pausas, quando havia só era suficiente para tomar um cafezinho. Isso se deveu quase sempre ao sistema que tem hora para sair do ar. Os funcionários tinham que digitar todo o serviço em tempo hábil, corrigir os erros e transmitir os dados para a central de processamento. A pressão por produtividade também foi relatada pelos funcionários, sendo que um entrevistado disse que havia uma monitora somente para colocar o serviço sobre a mesa de trabalho, justamente para que não houvesse perda de tempo.
- na outra empresa, o trabalho do digitador era similar, pois realizava a digitação de todos os cadastros dos sócios, que eram muitos, e ainda trabalhava no telex. Não havia grande pressão por produtividade e havia pausas mais freqüentes, porém a carga de trabalho era excedente, pois realizava esta atividade sozinho.

c.2) Escriturários:

- nessa função geralmente as pessoas não tinham uma tarefa específica, faziam serviços de contabilidade em geral, vendas de títulos, atendimento aos clientes, cadastramento de clientes, conferência de relatórios, entre outros serviços. Geralmente a postura era sentada, atendendo clientes, digitando, escrevendo e atendendo telefone constantemente. As pausas eram de 15 minutos para um lanche e às vezes este não era feito ou o era na mesa de trabalho, segundo informações.

c.3) Assistente Administrativo:

- assessora diretamente a diretoria da empresa, sendo que em tempos anteriores escrevia muitas atas, utilizava telex e datilografava constantemente. Após a introdução do computador, passou a utilizá-lo sempre. A pressão era constante, pois o lugar era “um centro nervoso”, de acordo com o entrevistado, já que as pessoas sempre apareciam com problemas para serem resolvidos com certa urgência.

c.4) Caixas Bancários:

- trabalhavam a maior parte do tempo em pé, pois o mobiliário não permitia a posição sentada devido à necessidade de abrir constantemente a gaveta em frente ao caixa. Havia necessidade de elevação dos braços acima da altura dos ombros tanto para pegar o documento do cliente no espelho, como para autenticar documentos na máquina e na leitora de cheques (balcão extremamente alto sobre o qual são colocados os equipamentos, tornando forçosa sua utilização). Os documentos devem ser autenticados em suas três vias.
- acúmulo de tarefas que deviam ser feitas rapidamente como: conferir dinheiro, descontar cheques e conferir as assinaturas, preencher e fazer depósitos, receber contas, autenticar documentos, calcular juros, fazer saque, pagar ordem de pagamento, entregar talão de cheques, etc. A pressão dos gerentes quando a fila estava grande também era constante além de trabalharem com pouca mão-de-obra, pois os caixas, principalmente os das agências centrais, freqüentemente eram deslocados para “cobrir” colegas que faltavam no posto de serviço.

d) Quanto ao Tempo de Serviço na Empresa

Houve uma variação entre 06 anos até 23 anos, sendo que a distribuição será melhor visualizada na figura 4.6.

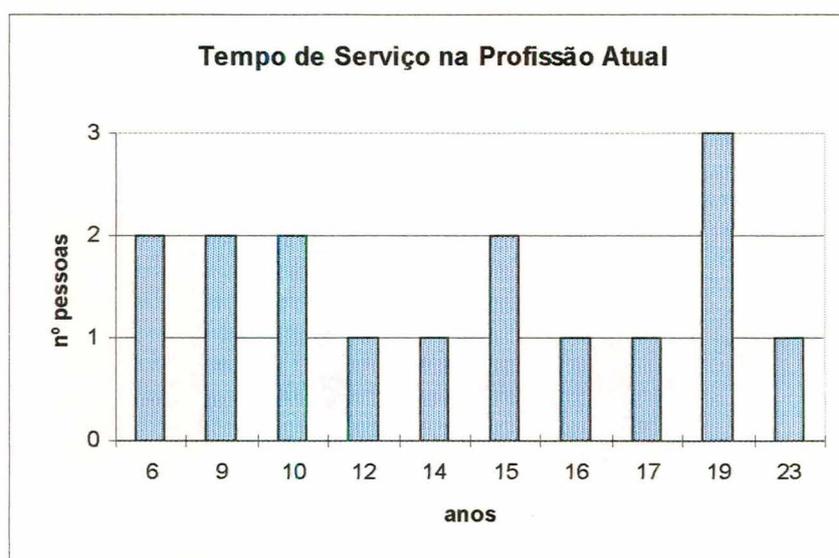


Figura 4.6 - Relativo ao tempo de serviço na profissão atual.

e) Carga Horária de Trabalho

Pode-se verificar que 10 pessoas trabalhavam 30 horas semanalmente, devido à condição de bancários, sendo esta redução de horas trabalhadas um direito adquirido desta classe. O restante, 06 pessoas, trabalhavam 40 horas durante a semana, sendo que 04 destas são bancários e apenas 02 exercem outras profissões.

Foi comum na amostra estudada a realização de horas extras de trabalho. Exceto uma pessoa, todas passavam do horário de trabalho cerca de 2 horas diariamente, sendo que algumas, principalmente os bancários, relataram a necessidade de “virar a noite” trabalhando por “exigência do trabalho”. Isso ocorria no final do ano, quando devia-se fazer o balanço geral do banco.

As horas extras atualmente não são remuneradas, entretanto em tempos anteriores, segundo relatos dos entrevistados, as empresas adotavam uma política de remuneração por produtividade, sendo que os mais atingidos por isso foram os digitadores.

De acordo com o depoimento de um entrevistado, ele trabalhava tanto que conseguiu construir sua casa apenas com os prêmios de produtividade, embora complementemente hoje: “se eu soubesse que anos mais tarde eu ia ter uma

casa mas não ia ter mais braços, não teria trabalhado tanto em tão pouco tempo". Contudo, relata que anos mais tarde essa gratificação foi retirada, pois poderia estar induzindo o aparecimento de doenças relativas ao trabalho, mas a exigência por produção continuou a mesma.

Vale salientar que atualmente, apenas os caixas recebem gratificação por função, sendo que os demais entrevistados não percebem nenhuma gratificação extra.

f) Desenvolvimento do Trabalho

Em relação ao desenvolvimento do trabalho foram feitas perguntas sobre diversos fatores que podem influenciar o desempenho do trabalho, conforme pode-se observar na figura 4.7.

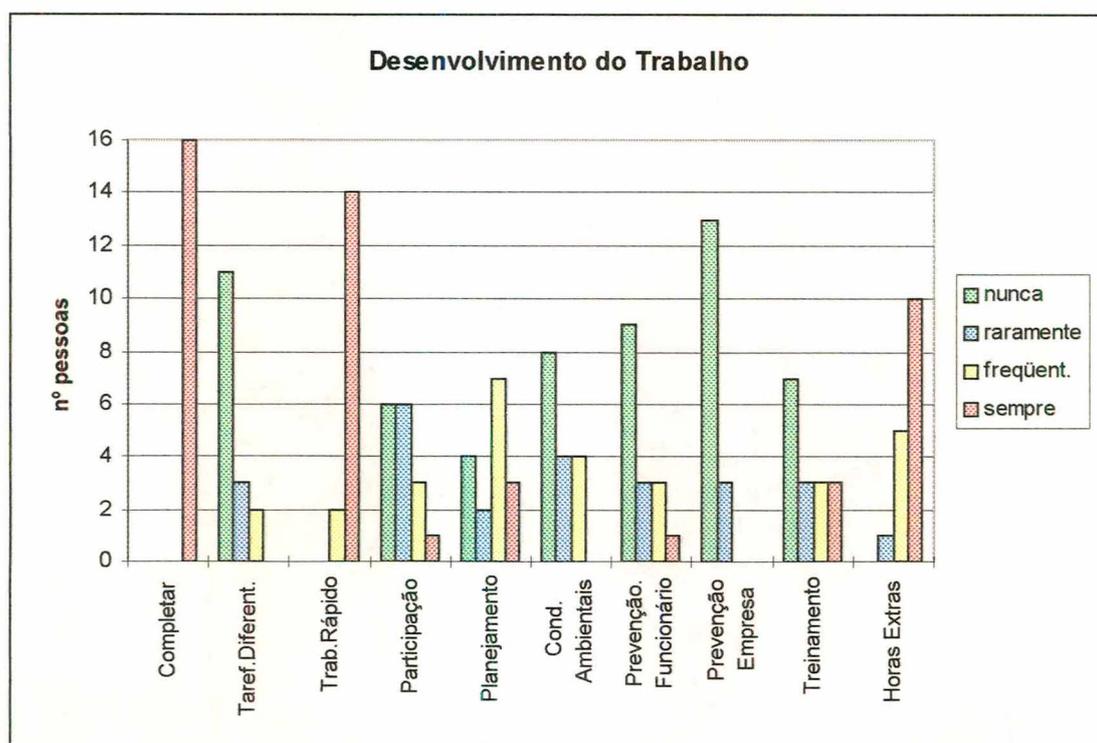


Figura 4.7- Desenvolvimento do Trabalho.

- Oportunidade de completar o que começava: todas as pessoas disseram que sempre completavam o que começavam, entretanto isso era devido à necessidade de terminar o serviço, pois não podiam deixar pela metade, daí também a realização freqüente de horas extras.

- Realização de tarefas diferentes: a maioria dos entrevistados (11 pessoas) disse nunca ter oportunidade de realizar tarefas diferentes fora da função que exerciam. Algumas funções exigiam a realização de várias atividades, porém eram sempre as mesmas. Dos entrevistados que realizavam tarefas diferentes, 02 responderam que raramente o faziam e 03 responderam que freqüentemente tinham essa oportunidade.
- Trabalhar rapidamente: todos os entrevistados responderam que trabalhavam rapidamente, sendo que 14 pessoas sempre o faziam e 02 freqüentemente o faziam. Além do trabalho exigir rapidez, isso pareceu ser uma característica pessoal destes indivíduos, já que foi comum o relato de ser rápido também nas tarefas extra-trabalho. Uma colocação interessante é que os funcionários recebiam muitos elogios por sua rapidez, o que segundo eles, os impulsionavam a trabalhar mais rapidamente ainda. Vale ressaltar que todas as pessoas disseram ser perfeccionistas nas tarefas que executavam, procurando trabalhar sempre atentas para que não ocorressem erros. Segundo o depoimento de um entrevistado, inicialmente ele não executava as tarefas rapidamente, mas teve que se adaptar porque o volume de serviço e o horário a ser cumprido exigia rapidez. Também não era uma pessoa perfeccionista, mas se tornou porque não podia errar no trabalho, caso isso ocorresse, poderia ser um transtorno muito grande para todos, especialmente para si próprio, que tinha de refazer o trabalho.
- Participação nas decisões de trabalho: dos entrevistados, 06 disseram nunca ter oportunidade de opinar nas mudanças e decisões relativas aos seus trabalhos, outros 06 relataram raramente poder participar das decisões, apenas 03 participavam freqüentemente das mesmas e 01 entrevistado sempre tinha a oportunidade de participar e opinar nas decisões de trabalho. Ressalta-se que dos 04 últimos funcionários que podiam participar das decisões, apenas 02 trabalhavam em bancos.

- Planejamento do trabalho: indagados se havia separação entre quem planejava e quem executava o trabalho, 04 pessoas responderam nunca haver essa separação, pois elas tinham autonomia sobre a tarefa executada; 02 pessoas disseram raramente haver essa separação; 07 pessoas responderam que havia separação freqüentemente; e 03 disseram haver sempre, pois não tinham autonomia para modificar regras.
- Condições ambientais: foi comum o relato de más condições ambientais de trabalho, sendo que a maioria (08 pessoas) disse nunca haver compatibilidade destas consigo; 04 pessoas disseram raramente ter condições adequadas; e outras 04 responderam que as tinham com mais freqüência. As queixas relativas ao trabalho surgiram em decorrência de más condições do mobiliário, da temperatura baixa, da iluminação pobre e do ruído elevado.
- Comportamento preventivo do funcionário: frente aos problemas relatados, os entrevistados foram questionados sobre seu comportamento. Destes, a maioria (09 pessoas) não adotava qualquer medida para proteger-se; 03 disseram raramente preocupar-se com isso; 03 responderam que freqüentemente o faziam; e apenas 01 entrevistado disse sempre tomar cuidados nesse aspecto. As medidas adotadas eram alongamentos aleatórios, a colocação de caixinha sob os pés em razão da cadeira ser alta, e colocação do casaco no encosto da cadeira para melhor acomodar a coluna.
- Comportamento preventivo da empresa: pode-se observar que a grande maioria dos entrevistados (13 pessoas) respondeu que a empresa nunca adotou nenhum procedimento informativo sobre doenças do trabalho ou sobre prevenção; 02 pessoas relataram que raramente isso ocorria.
- Treinamento: quando questionados sobre a participação em treinamentos para o trabalho 07 entrevistados responderam nunca ter participado; 03 disseram que raramente participaram; 03 freqüente-

mente participavam; e outros 03 sempre participavam. O aprendizado do trabalho geralmente era realizado por um funcionário mais antigo que ocupava o mesmo cargo, o qual repassava, através de sua experiência, o modo operacional da função. Apenas após algum tempo, alguns destes funcionários tiveram acesso a treinamentos.

– Horas extras: a maioria dos entrevistados (10 pessoas) disseram que sempre faziam horas extras; 05 disseram que freqüentemente realizavam; e apenas 01 pessoa disse que raramente realizava horas extras.

g) Quanto às Exigências do Trabalho

De acordo com a figura 4.8, podemos observar que o trabalho impunha uma exigência física e mental significativa entre os entrevistados.

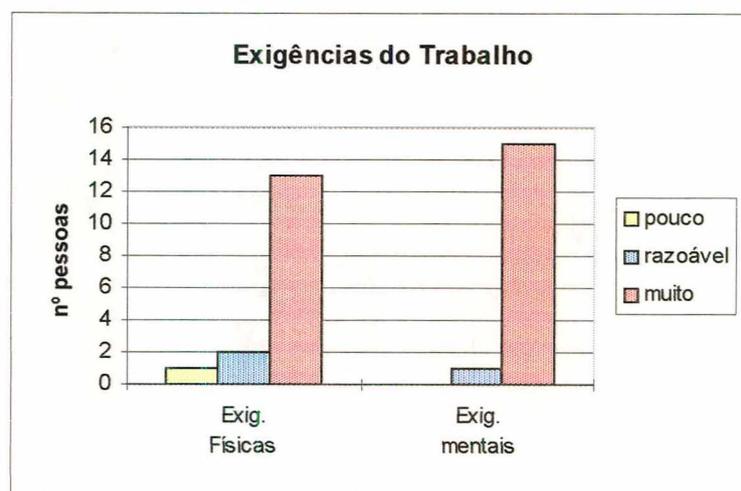


Figura 4.8 - Exigências do trabalho.

Em relação às exigências físicas como posturas inadequadas e forçadas, movimentos repetitivos e com uso de força de pequenas estruturas, a maioria dos entrevistados (13 pessoas) disse que o trabalho exigia muito; 02 pessoas disseram que esta exigência era razoável; e apenas 01 respondeu que o trabalho exigia pouco fisicamente. Notou-se que as últimas pessoas relacionavam as exigências físicas do trabalho apenas a grandes esforços como levantamento de cargas, e não aos pequenos movimentos realizados continuamente pelos braços.

Quanto às exigências mentais do trabalho como a demanda de grande carga cognitiva devido às mudanças operacionais constantes, pressão de tempo e acúmulo de atividades, a grande maioria dos entrevistados (15) respondeu que o trabalho exigia muito; e apenas 01 pessoa respondeu que seu trabalho exigia pouco mentalmente.

h) Relacionamento no Trabalho

Conforme a figura 4.9, os entrevistados foram questionados quanto aos seus relacionamentos de trabalho com os colegas e supervisores.

Quanto ao relacionamento no trabalho com os colegas, a grande maioria dos entrevistados (15 pessoas) respondeu que este era satisfatório; e apenas 01 pessoa disse que seu relacionamento com os colegas era razoável.

Em relação aos supervisores, 09 entrevistados disseram ter um relacionamento satisfatório com os mesmos; 06 responderam que relacionavam-se razoavelmente; e 01 entrevistado respondeu que mantinha um relacionamento insatisfatório com os supervisores.

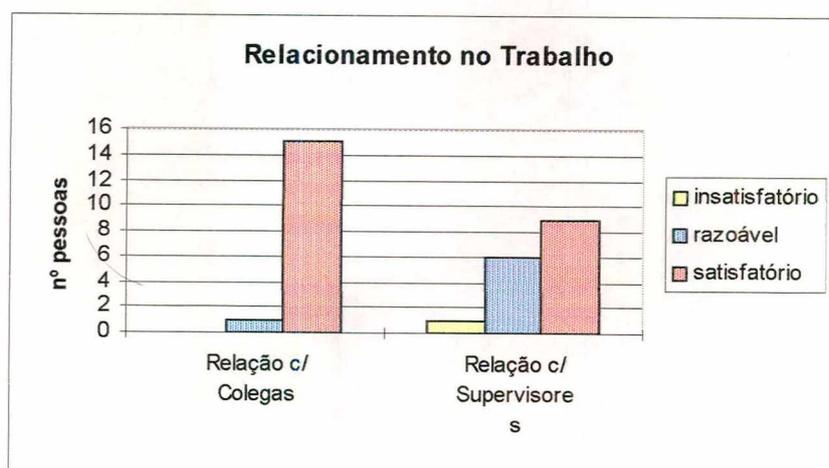


Figura 4.9 - Relacionamento no trabalho.

i) Outras Atividades

Como pode ser observado na figura 4.10, os entrevistados foram questionados quanto à execução de outra atividade de trabalho que não a atual,

sendo que todos responderam ser esta a única atividade de trabalho assalariado. As justificativas que impediam a realização de outra atividade foram a falta de tempo e o desgaste físico e mental após um dia de trabalho, o que não permitia executar outro trabalho assalariado, já que haveria necessidade de cumprir horários e produzir satisfatoriamente.

Contudo, 11 pessoas, das quais 10 são mulheres, disseram que também realizavam tarefas domésticas. Apenas 05 entrevistados, dos quais 03 são homens, disseram que não faziam nenhum outro serviço, incluindo atividades domésticas, além do emprego atual.

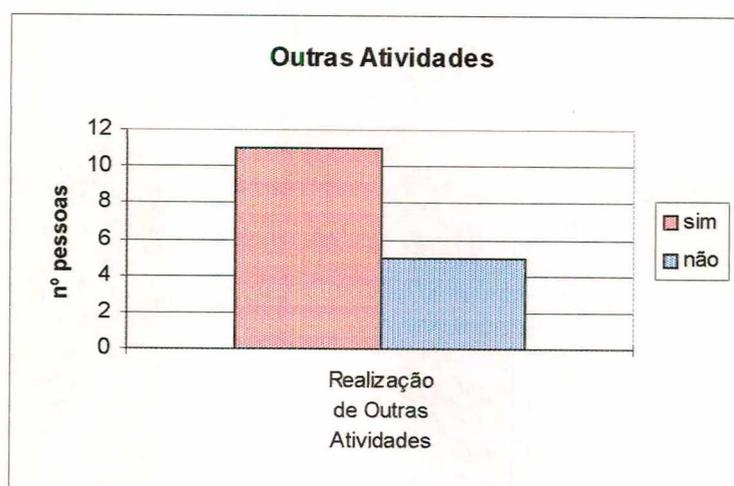


Figura 4.10 - Outras Atividades.

j) Situação Atual no Trabalho

Pode-se observar pela figura 4.11 que grande parte das pessoas (12 entrevistados) encontram-se afastadas do trabalho, sob licença de saúde concedida pelo INSS. Somente 04 estão trabalhando efetivamente.

Entre as pessoas que encontram-se afastadas, 05 estão afastadas pela 1ª vez, e 07 estão afastadas pela 2ª vez.

Das pessoas que estão trabalhando, 03 estão realocadas de função, pois estavam de licença e retornaram ao trabalho, sendo que esse foi o primeiro afastamento das mesmas em decorrência da L.E.R.



Figura 4.11 - Situação atual de trabalho.

Ainda sobre os afastamentos, a figura 4.12 demonstra que a maioria dos entrevistados (15 pessoas) já necessitou afastar-se do trabalho por algum período. Apenas 01 pessoa que está trabalhando, não afastou-se ainda por motivo de acúmulo de trabalho, segundo informações, embora haja necessidade de repouso total.

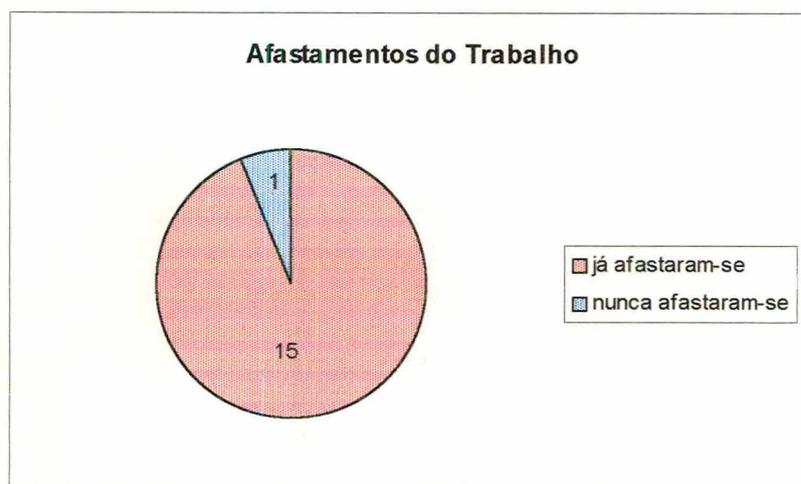


Figura 4.12 - Afastamentos do trabalho em decorrência da L.E.R.

1) Significado do Trabalho antes da L.E.R.

Quando questionados sobre o significado do trabalho em suas vidas antes de serem portadores de L.E.R., conforme pode-se ver na figura 4.13, os entrevistados mostraram ser este fator bastante importante, tanto que a maioria das pessoas (09) disseram que o trabalho era a coisa mais importante em

suas vidas; e 07 pessoas atribuíram ao trabalho o mesmo valor que atribuíam à família.

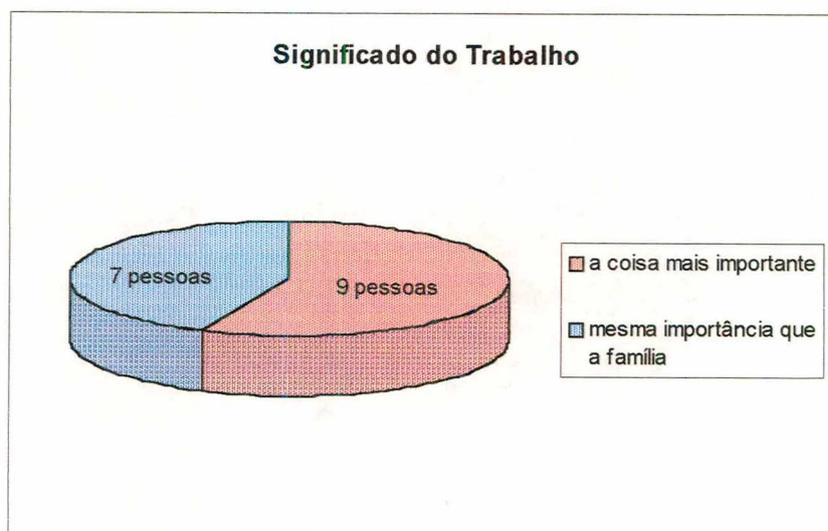


Figura 4.13 - Significado do trabalho antes da L.E.R.

Algumas pessoas demonstraram essa tendência de grande valorização do trabalho devido às dificuldades que encontraram no início da carreira profissional, pois alguns nunca imaginavam que um dia iriam ocupar o posto de serviço atual. Um exemplo é o de uma entrevistada que por 12 anos foi empregada doméstica e atualmente é funcionária de um banco. Segundo a mesma, essa mudança de ambiente de trabalho melhorou sua auto-estima, pois teve oportunidade de aprender uma profissão e sentir que possui capacidade para tal.

Ao trabalho também foram dadas as atribuições de “abrir a mente” e fazer as pessoas sentirem-se úteis à sociedade e a si próprias.

4.3.3. Características da Doença

a) Início dos Primeiros Sintomas

Questionados sobre quando os primeiros sintomas da doença tiveram início, houve uma variação entre 2 anos até 19 anos após o ingresso no

emprego atual, sendo que a maioria dos entrevistados (06 pessoas) tiveram seus primeiros sintomas da L.E.R. entre 7 à 9 anos (figura 4.14).



Figura 4.14 - Tempo de Início dos Sintomas da doença.

Todos os entrevistados relataram que a dor foi o primeiro sintoma, sendo comum até os dias de hoje. Esta dor localizava-se nas mãos, braços ombros e costas, porém não tinha um ponto específico de localização, sendo muitas vezes referida como uma sensação de incômodo constante que aumentava com o esforço ou movimento. Geralmente, o tipo de dor relatado foi em pontadas.

Além da dor, foram citados outros sintomas iniciais como: formigamento nas mãos; dormência nas mãos e braços; choques e sensação de calor nos braços; sensação de peso nos braços e ombros; dor de cabeça; perda da força nos braços, deixando comumente cair objetos das mãos; e tremor nos braços.

b) Conduta em Relação aos Sintomas

Com relação à conduta dos entrevistados diante dos primeiros sintomas da doença, a maioria (09 pessoas) achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, pois desconhecia a doença; 04 pessoas procuraram imediatamente ajuda médica, apesar de não conhecerem a doença; outras 02 pessoas fizeram o mesmo, pois já tinham ouvido falar da doença; e somente 01

pessoa que não procurou ajuda médica inicialmente, tinha conhecimento da L.E.R., porém não havia relacionado seu estado de saúde à doença, visto que foi um dos primeiros funcionários a ter L.E.R. na empresa.

Em relação à conduta da empresa frente ao estado de saúde dos funcionários, a maioria deles relatou uma certa indiferença da empresa diante de seus sintomas, sendo que 09 pessoas disseram que a organização apenas cumpriu o necessário, ou seja, permitiu o afastamento do trabalho, entretanto comumente eram tratados com hostilidade e descrédito pela gerência; 04 pessoas relataram que sofreram algum tipo de ameaça em seus empregos por parte da gerência, tais como: pressão para continuar trabalhando, ameaça de descomissionamento e de perda de emprego, sendo que 02 destas pessoas chegaram a ser demitidas, porém foram readmitidas via Justiça. Apenas 03 entrevistados disseram ter tido a compreensão da necessidade de tratamento e de afastamento por parte da empresa.

Em relação à conduta do médico assistente, grande parte dos entrevistados (10 pessoas) disseram que foram afastados pelo médico, pois este compreendeu a necessidade de tal procedimento, porém a maior parte dos médicos assistentes prestavam serviço à empresa e, algumas vezes, não renovavam a licença por pressão da gerência, sendo que os funcionários retornavam ao trabalho ainda com dores. O desabafo de um entrevistado ilustra bem a questão: *“se eu tivesse tido o atendimento adequado, talvez eu não estivesse do jeito que estou hoje”*. Entre os demais entrevistados, 05 disseram que o médico não os afastou porque julgou seus sintomas leves e não achou necessário, e apenas 01 pessoa recebeu afastamento do trabalho devido à sua insistência.

c) Relação com a Perícia Médica

Essa foi uma questão levantada pelos próprios entrevistados, já que 15 deles disseram não ter um bom relacionamento com os profissionais da perícia médica do INSS, visto que o afastamento do trabalho por tempo superior à 15 dias deve ser dado por estes profissionais.

Usualmente, as queixas dos entrevistados foram de que os médicos da perícia dificilmente os examinavam e quando isto ocorria, chegavam a machucá-los, visto que não davam crédito às queixas de dor. A dificuldade de comunicação entre paciente e médico; a impessoalidade e rapidez da consulta; o descrédito em relação aos sintomas relatados; e a falta de especialização em medicina do trabalho - já que muitos foram atendidos por médicos especialistas em ginecologia e pediatria, por exemplo - foram as principais queixas dos entrevistados.

Como ilustração dos sentimentos da maioria dessas pessoas, pode-se citar os seguintes depoimentos:

“não é possível estabelecer uma ligação pra que o médico tenha conhecimento do que se passa comigo, porque cada vez é um médico diferente e de outra especialidade. Isso dificulta a consulta, porque às vezes ele não entende o que eu sinto e até me disseram que tenho que pedir demissão do meu emprego já que eu estou incapacitada... tenho medo do exame também, porque um médico veio por trás de mim e palpou meu braço de surpresa e com força, acho que era pra testar se minha dor era verdadeira.”

“nunca fui examinada, nunca tocaram em mim, nunca olharam pra mim. Eles deveriam pegar no meu braço pra verificar se eu tenho ou não a doença, mas eu não consigo nem falar com eles, porque eles não olham, não perguntam sobre o que eu sinto. Mas no outro dia tenho que pegar o resultado, resultado não sei de quê, porque resultado é tocar no meu braço, ver como eu realmente estou e se está inchado ainda. Mas já que é assim... eu acho que está errada essa perícia.”

d) Tipos de Doenças Osteo-músculo-esqueléticas

Os tipos de doenças relativas a L.E.R. mais relatadas foram as ilustradas na tabela 4.1, sendo que todos os entrevistados apresentam mais de um tipo de patologia dentre as citadas. Devido a isso, optou-se por diferenciá-los por categorias.

Tabela 4.1. - Tipos de Doenças Osteo-músculo-esqueléticas relativas à L.E.R., identificadas na amostra.

CATEGORIA	TIPO DE DOENÇA
Caixas (n=6)	- cervicobraquialgia; tendinite no punho e ombro direitos; tendinite no punho esquerdo; cervicodorsalgia; fibromialgia do trapézio; epicondilite no cotovelo direito; síndrome do túnel do carpo na mão direita; bursite nos ombros direito e esquerdo.
Digitador (n=3)	- tenossinovite no punho direito; tenossinovite no punho esquerdo; cervicobraquialgia; bursite nos ombros direito e esquerdo; tendinite no punho direito; tendinite no punho esquerdo; epicondilite no cotovelo direito; fibromialgia do trapézio.
Escriturário (n=5)	- tenossinovite nos punhos direito e esquerdo; tendinite no punho direito; síndrome do túnel do carpo nas mãos direita e esquerda; síndrome do túnel do carpo na mão direita; cervicobraquialgia; cisto sinovial no punho direito; síndrome do interósseo na mão direita.
Assistente administrativo (n=1)	- tenossinovite nos punhos direito e esquerdo; epicondilite do cotovelo esquerdo; cervicobraquialgia.

e) Nexo Causal

Em relação ao estabelecimento do nexo causal com o trabalho, como mostra a figura 4.15, 13 pessoas já possuem a confirmação de que sua doença foi causada pelo trabalho, e para 03 pessoas ainda não foi estabelecido este vínculo. É importante ressaltar que uma destas está afastada há 06 meses do trabalho e se submeteu à cirurgia recentemente, já que apresentava síndrome do túnel do carpo e exercia a função de caixa durante 12 anos.

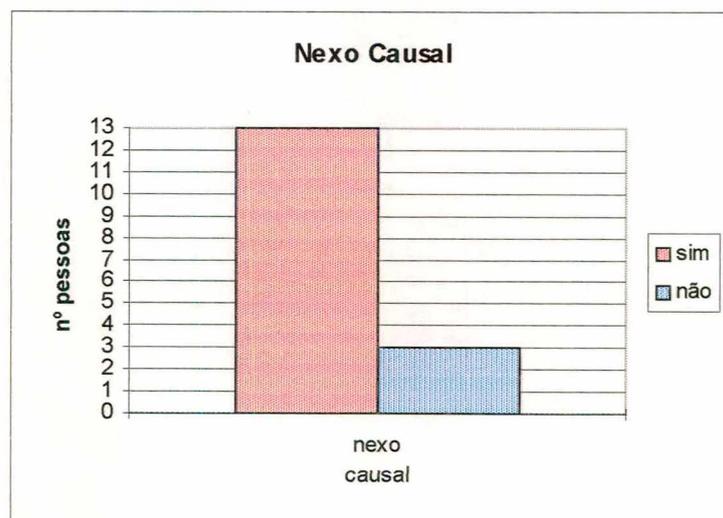


Figura 4.15 - Nexo causal.

f) Principais Queixas Atuais

A dor nos membros superiores e pescoço foi a queixa principal dos entrevistados atualmente, já que todos a citaram. A presença da dor é constante, melhora com o repouso, mas se exacerba com movimentos e ao fazer força. As pessoas relataram que a dor parece estar "dormindo" e aparece a qualquer movimento mais rápido ou mais forte, ou que a dor está no subconsciente e elas já se protegem contra fatores que possam desencadeá-la como: cumprimentar pessoas com a mão, sair de ônibus porquê ficam doloridas, ir a lugares movimentados, etc.

Todas as pessoas disseram ter que aprender a conviver com a dor, por isso a depressão também foi uma queixa bastante encontrada, aparecendo em períodos de dor. Uma entrevistada disse que: *"parece que a vida da gente pára; nos dias que estou bem, não tenho nada pra fazer porque estou de licença, e nos dias de dor fico desesperada. A impressão que tenho é que estou esperando o tempo passar, a L.E.R. passar, pra continuar minha vida."*

De acordo com a figura 4.16, além da dor, as principais queixas foram: limitação funcional (08 pessoas) pela dificuldade de realizar tarefas antes desenvolvidas; a perda da força nos braços (07 pessoas), deixando cair objetos das mãos; a dormência nas mãos (04 pessoas); dor de cabeça (03 pesso-

as); dificuldade para dormir (03 pessoas), pois não encontram posição e muitas vezes, só conseguem dormir à base de medicamentos; choque nos braços (03 pessoas); formigamento nas mãos e braços (01 pessoa); edema subjetivo de ombro (01 pessoa); tontura (01 pessoa); edema de mãos (01 pessoa); enrijecimento articular nas mãos (02 pessoas) com seqüela já instalada; e gastrite por excesso de medicamentos (01 pessoa).

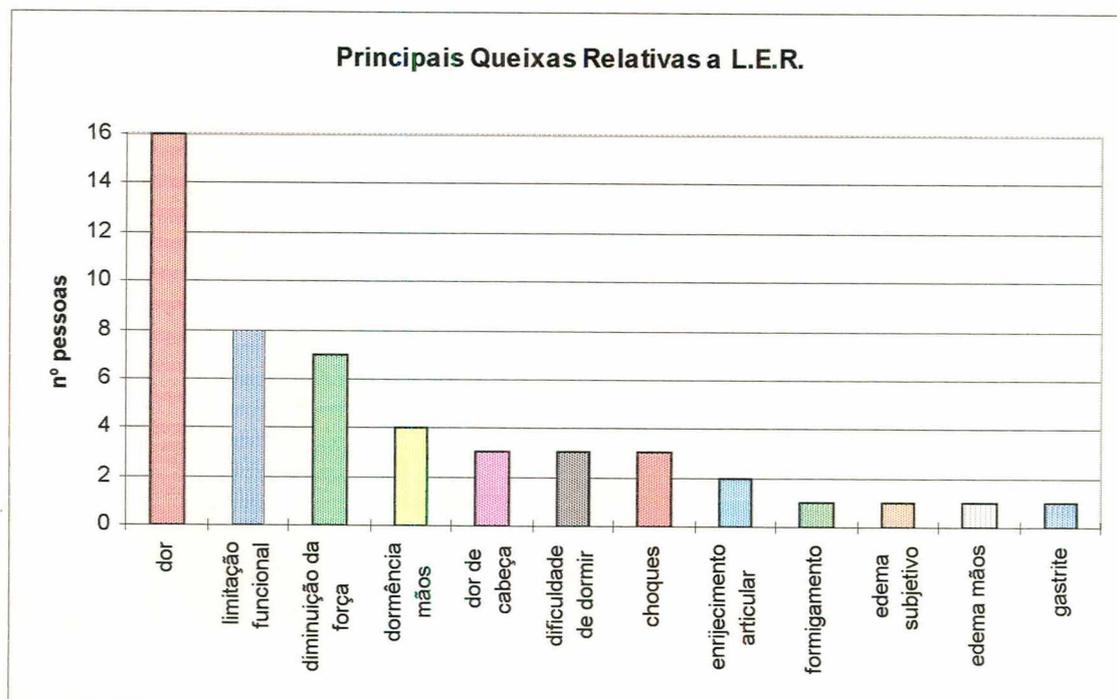


Figura 4.16 - Principais queixas relativas a L.E.R.

g) Tratamentos Realizados

São vários os tipos de tratamento que os entrevistados já fizeram uso e, exceto o tratamento cirúrgico que 02 deles já realizaram, geralmente são os mesmos. A maioria das pessoas utiliza mais de um recurso terapêutico, sendo que algumas chegam a fazer uso de até quatro recursos, ocupando quase o dia inteiro com o tratamento.

Os tipos de tratamento utilizados são os seguintes: medicamentos (analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos, incluindo medicamentos homeopáticos) quando necessário; fisioterapia; reeducação postural global (RPG);

biodança; terapia ocupacional; acupuntura; psicoterapia; e infiltrações (é raro, apenas 02 pessoas realizam).

Há relatos de melhora com esses recursos, principalmente com a acupuntura, justamente porque alivia a dor. Entretanto, de acordo com a figura 4.17, 09 pessoas encontram-se descrentes nos tratamentos, pois já os realizam há bastante tempo e não vêem melhora considerável, já que a dor retorna com as atividades; e apenas 07 pessoas sentem-se confiantes, pois devido utilizarem vários recursos ao mesmo tempo, acham que algum deles com certeza, trará resultados positivos.



Figura 4.17 - Satisfação com o tratamento

h) Auxílio para Tratamento

Devido ao custo elevado dos tratamentos e à necessidade de manutenção por longo período, os funcionários precisam de algum tipo de ajuda, principalmente financeira para dar continuidade ao tratamento.

Em decorrência disso, conforme figura 4.18, 05 entrevistados recebem colaboração total de suas empresas, visto que estas custeiam totalmente o tratamento; 06 entrevistados recebem colaboração parcial, pois a empresa paga metade do valor do plano de saúde e ressarcie algumas despesas extras; e 05 entrevistados não recebem nenhum tipo de colaboração para realizar o tratamento, tendo que arcar com todos os gastos financeiros relativos aos seus tratamentos contra a L.E.R.

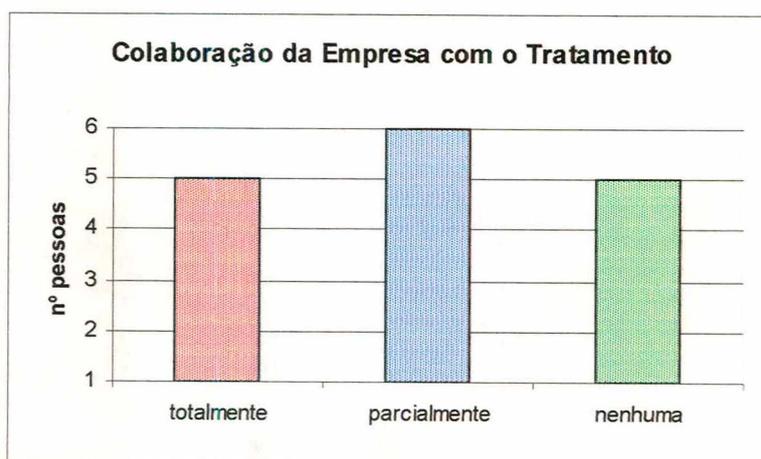


Figura 4.18 - Colaboração da empresa com o tratamento.

i) Benefício Salarial

Conforme figura 4.19, 12 pessoas estão afastadas do trabalho, sendo que 11 delas recebem o auxílio-doença, e seus salários são complementados pela empresa devido a acordo coletivo de classe; somente para 01 delas não houve emissão de CAT por parte da empresa, desvinculando a doença do acidente de trabalho e não dando direito ao recebimento desse benefício. Dentre os entrevistados que estão trabalhando realocados de função devido à incapacidade de retornar à mesma atividade, apenas 02 recebem o auxílio-acidente, e 01 não recebe nenhum benefício salarial. Resta 01 pessoa que nunca afastou-se do trabalho, sendo assim, nunca passou pela perícia do INSS e não recebe nenhum benefício salarial.

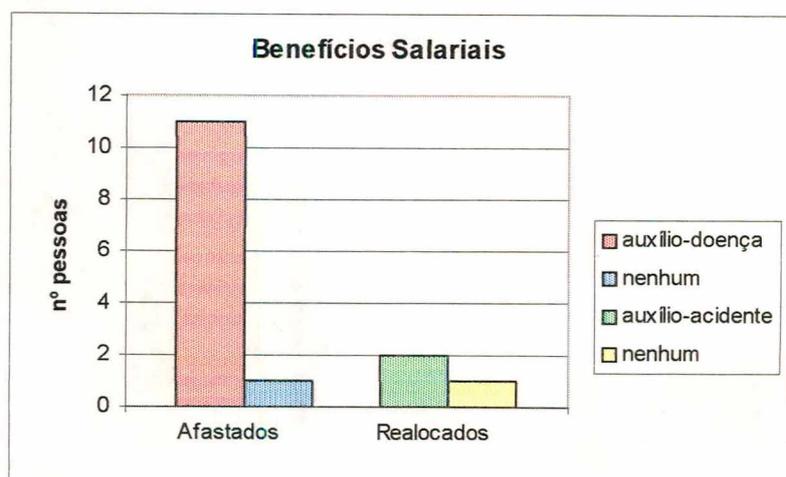


Figura 4.19 - Benefícios Salariais

4.3.4. Relação com a Doença

a) Estado de Saúde Atual

Questionados sobre a percepção de seu atual estado de saúde em decorrência da L.E.R., 08 entrevistados disseram que sua saúde encontra-se regular, pois apresentam crises dolorosas algumas vezes; 07 pessoas responderam que sua saúde está ruim, já que ao sentir dor entram em crise depressiva e além disso, há muitas restrições de vida ocasionadas pela L.E.R.; e somente 01 pessoa atribuiu um nível bom à sua saúde, pois recentemente submeteu-se à cirurgia para síndrome do túnel do carpo e acha que melhorou bastante (figura 4.20).

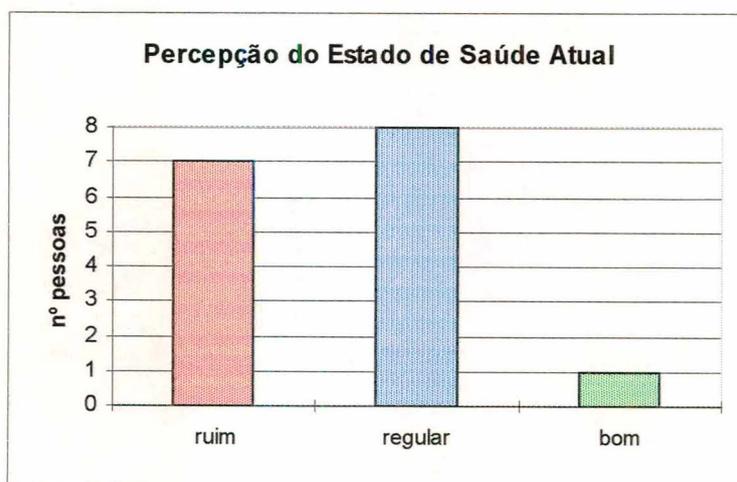


Figura 4.20 - Percepção do estado de saúde atual.

b) Mudanças de Vida em Decorrente da L.E.R.

A vida de todos os entrevistados sofreu mudanças em decorrência da L.E.R. Conforme a figura 4.21, para a maioria deles (07 pessoas) houve uma mudança completa em suas vidas em decorrência da L.E.R.; para 06 pessoas houve muitas mudanças de vida; e para 03 pessoas houve poucas mudanças em suas vidas. Isso se deu porque tiveram que reformular seu modo de ser, estipular seus limites e executar suas tarefas mais devagar e acostumarem-se a dividi-las com as outras pessoas, além de terem que parar de trabalhar, o que

era considerado muito importante para a maioria. Atualmente, é comum sentir-se inúteis.

De acordo com o relato de uma entrevistada, ela teve que mudar sua aparência física cortando os cabelos e fazendo permanente, pois não conseguia mais levantar os braços para penteá-los. Outra, disse que teve de aprender a ter mais paciência consigo mesma e a reconhecer seus limites, já que antes era uma pessoa bastante independente, tomava a iniciativa das coisas e era impaciente com as pessoas que executavam tarefas mais vagarosamente.

Dessa forma, sentimentos como depressão, ansiedade e revolta são comuns entre os entrevistados diante das mudanças ocorridas em suas vidas em decorrência da L.E.R.

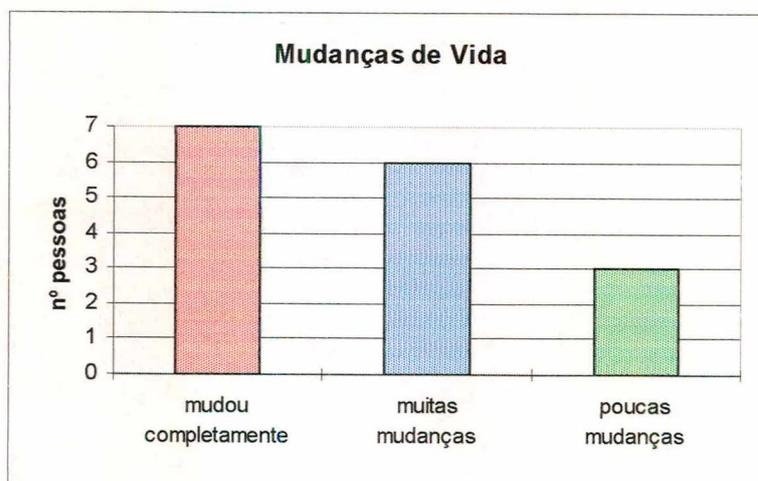


Figura 4.21 - Mudanças de vida

c) Reação do Portador em Relação à Doença

Ao se perceberem portadores de L.E.R., com limitações funcionais no lar e no trabalho como: atividades domésticas como lavar um prato, cortar grama com máquina e até mesmo nas atividades de vida diária nos dias de crise dolorosa, 08 entrevistados disseram sentir medo em relação ao futuro; 06 pessoas freqüentemente ficam deprimidas ao pensarem ser portadores da doença. Apenas 02 pessoas sentem-se revoltadas perante doença, conforme visualizado na figura 4.22.

Esses sentimentos em relação a L.E.R., de acordo com os entrevistados, surgem em decorrência do temor de ficar dependentes fisicamente e sem condições de trabalho para suprir pelo menos suas necessidades básicas, já que são incompreendidos e desacreditados pelos patrões e colegas de trabalho devido à “invisibilidade da doença”, pois o principal fator limitante existe, a dor, e eles podem senti-la. Porém, as demais pessoas não podem vê-la, e na maioria das vezes, o portador de L.E.R. é aparentemente uma pessoa saudável.

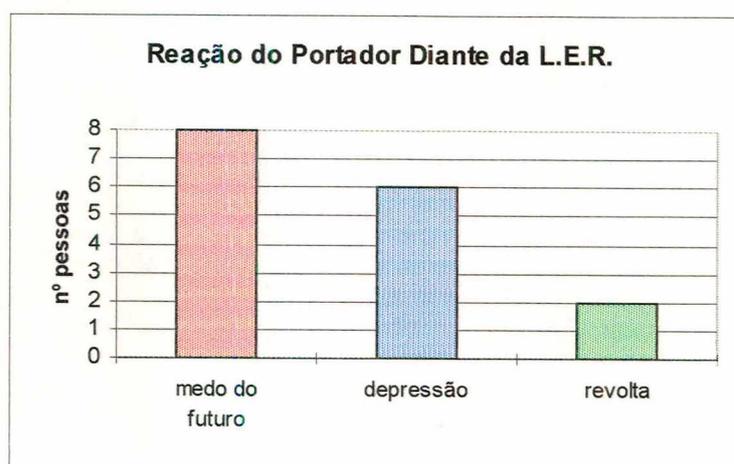


Figura 4.22 - Reação do portador diante da L.E.R.

d) Reação dos Colegas de Trabalho em Relação à Doença

A maioria dos entrevistados (11 pessoas) disse que os colegas tratavam suas queixas com descrédito, discriminando-os pela “invisibilidade da doença”, pois parece “fingimento” ou “corpo mole” para não trabalhar. Um termo bastante usado por estes para apontar a L.E.R. é “lerdeza”.

Outros entrevistados disseram ter alguns colegas na organização que apesar de terem L.E.R. continuam trabalhando por medo de demissão, e os discriminam por não estarem trabalhando também. Apenas 06 entrevistados tiveram a compreensão dos colegas de trabalho diante de seu estado de saúde (figura 4.23).

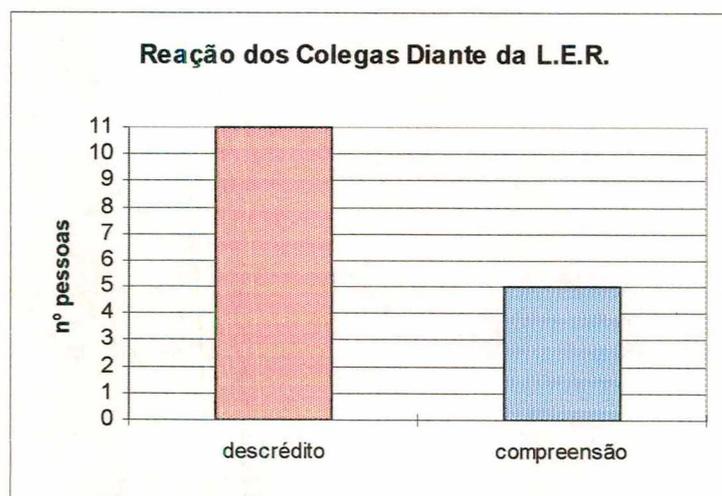


Figura 4.23 - Reação dos colegas diante da L.E.R.

e) Reação da Família em Relação a L.E.R.

Segundo a figura 4.24, 12 pessoas contam com o apoio e compreensão da família em relação às suas limitações funcionais.

Para 04 pessoas não há compreensão dos familiares em relação às suas limitações funcionais, pois estes tratam com descrédito seus sintomas, justamente por não parecerem doentes. Esse aspecto da doença toma uma conotação importante quando um dos entrevistados atribuiu grande parcela de sua separação conjugal à L.E.R., já que estava de licença e não parecia estar doente, havendo muitas cobranças da família e segundo ele: *"a L.E.R. foi desastrosa em minha vida."*

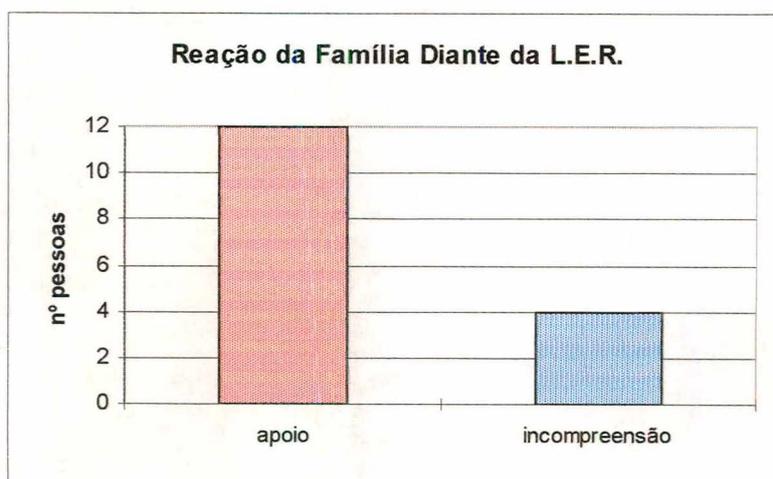


Figura 4.24 - Reação da família diante da L.E.R.

f) Cura da Doença

A maioria dos entrevistados (10 pessoas) acreditam que a cura de sua L.E.R. é possível mas vai demorar; e 06 entrevistados acham que a cura de sua doença é impossível, pois segundo eles, o prognóstico dos médicos é incerto e o resultado do tratamento quando ocorre, é lento. Ressalta-se que essa descrença também deve-se ao fato de que 02 deles já apresentam seqüelas visíveis (figura 4.25).

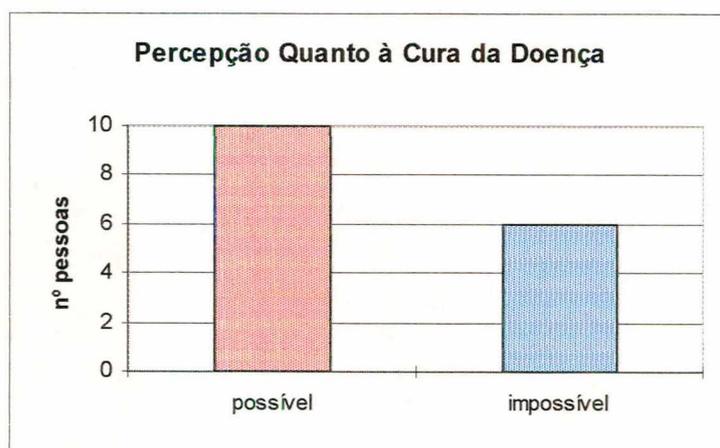


Figura 4.25 - Percepção quanto à cura da doença.

g) Culpa pelo Desenvolvimento da L.E.R.

De acordo com a figura 4.26, a maioria dos entrevistados (10 pessoas) acham que a empresa em que trabalhavam foi a grande culpada, com poucos treinamentos, má organização do trabalho, mau uso da tecnologia, muita exigência e cobrança. Um funcionário disse que sua empresa “o destruiu psicologicamente” devido às pressões para trabalhar com dor. Contudo, 04 entrevistados atribuem a L.E.R. às más condições de trabalho e também ao seu próprio modo de ser, ou seja, de querer fazer muitas tarefas e trabalhar rapidamente; e apenas 02 entrevistados atribuem sua doença a si próprios, justamente por quererem “abraçar o mundo sozinhos”.

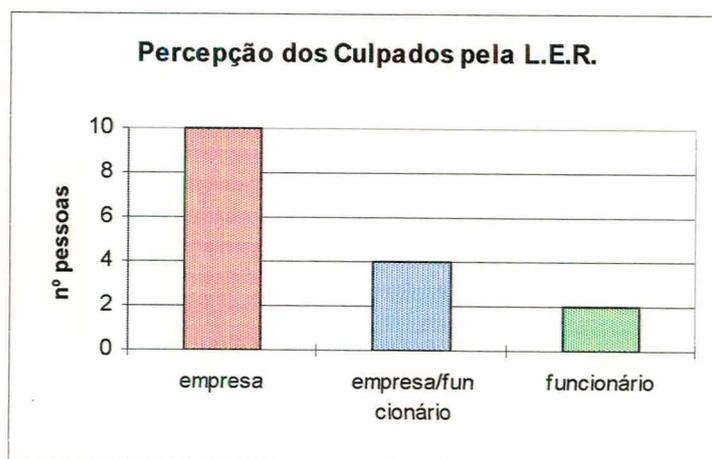


Figura 4.26 - Percepção dos culpados pela L.E.R.

h) Percepção de L.E.R.

Questionados sobre o que é L.E.R. para eles e como percebem em suas vidas esta doença, os entrevistados responderam que a L.E.R. é :

– “Uma coisa que vem devagar e quando se abre o olho já está lá. É difícil de curar e é estranho ter uma limitação e aparentemente não a ter. Na sessão de psicoterapia cheguei à seguinte conclusão: eu e a L.E.R. unidos para sempre.”

– “É a dor que a gente sente nos braços, as limitações, porque a gente não tem mais força. Não dá pra lavar um prato, estender uma roupa e se você cai, não tem força pra se segurar, essas são as horas que você lembra que tem a doença.”

– “É uma doença muito ingrata, o braço não estava inchado, não tinha nenhum corte e movimentava corretamente. Só eu sentia a dor, só eu sabia que se pegasse alguma coisa pesada o braço ia doer, não dava pra pegar um copo. São coisas que as pessoas não podem ver, só eu sinto. Então elas dizem que tu estás com lerdeza, porque elas não acreditam.”

– “É uma doença que a gente tem que aceitar e conviver com ela e com todas as restrições que ela traz.”

– “É uma dor incessante. Você pensa que é um cansaço físico, que se repousar um pouco ou tirar umas férias, vai melhorar. No início isso até acontece, mas chega um tempo que ela não aceita descanso, porque eu já tirei férias e estou

afastado, e se fosse cansaço já teria passado, mas a mesma dor que eu sentia no início, estou sentindo nesse momento."

– "É limitação, porque você tem que mudar todo o seu modo de viver no dia-a-dia. Deprime muito a gente, a gente fica muito revoltado."

– "É uma doença que hoje estou acreditando, porque eu estou sentindo os sintomas dela dentro de mim. É uma doença que você adquire sem saber...você vê seu braço definhando e não pode fazer nada. A L.E.R. é uma doença em que o maior interessado em curar é você mesmo."

– "É um transtorno na minha vida que limita bastante."

– "É um atrofiamento das mãos, não dá pra explicar, não dá pra acreditar que existe essa doença que vai paralisando os músculos da gente. É um absurdo. Ainda não parei pra pensar e nem quero parar, porque eu não sei se vou agüentar, porque pra minha cabeça não dá ainda. Não dá pra dizer o que é, eu estou levando. Eu não estou ainda aceitando essa doença, eu estou fugindo. Ultimamente, até saio sem a tala pra ninguém perguntar nada."

– "É restrição como gente, pois afeta a minha capacidade de cuidar de mim mesma. Tem dias que eu não consigo amarrar o sapato, aí me dá desespero por não poder fazer o que eu quero. Parece que tu passas a ser menos gente, até na condição de cidadão."

– "Foi uma coisa que veio pra me prejudicar devido às limitações de vida que ela causa."

– "É um desrespeito aos teus limites por ti mesmo, porque mesmo quando eu estava cansada, queria produzir mais. Hoje, cada vez que tento fazer alguma coisa com as mãos e sinto dor, é como estivessem jogando um balde de água fria e me chamando de inútil."

– "É um acidente de percurso, uma coisa que foi colocada em minha vida pra eu aprender, crescer, tirar algum proveito e passar isso para outras pessoas. Enfim, só mais uma lição de vida."

– “É mais que um problema físico, é um problema que te afeta muito mais emocionalmente pela depressão e pelas limitações físicas que ele te causa.”

– “É limitante porque não posso fazer alguns movimentos que preciso. Gosto de fazer ginástica, mas sou obrigada a fazer um tipo restrito. Por outro lado, apesar da dor, procuro não fazer dela um empecilho pra viver, mas mesmo assim, tem épocas que ela ataca muito.”

– “É uma coisa invisível que está dentro da gente, machucando. Parece que vai corroendo por dentro, limitando a vida da gente. As pessoas não acreditam que você tem a doença, pois não vêem a dor. Quando vejo uma pessoa que está iniciando os sintomas, fico com pena, pois lembro o que aconteceu comigo. Eu era normal.”

4.3.5. Vida Atual

a) Condições de Realizar Trabalho

Dentre os entrevistados, 08 pessoas disseram não poder atualmente realizar trabalho, visto que o que sabem fazer, exige o movimento repetitivo de mãos e braços e, mesmo algumas atividades de lazer como assistir televisão, são cansativas pois exigem a posição sentada por algum tempo; 08 pessoas consideram que podem realizar trabalho, sendo que 02 destas acham que ainda conseguem realizar trabalho com as mãos e braços, mas com muito cuidado e com pausas, sendo que as outras 06 acreditam que estão aptas a realizar trabalho de atendimento ao público ou outro tipo que não exija tanto os membros superiores (figura 4.27).

De acordo com uma funcionária, ela não precisaria estar afastada, a empresa poderia aproveitá-la em outra função, pois o afastamento piora o quadro depressivo, segundo ela, antes só tinha dor em um braço, agora tem dor nos dois braços e ombros.

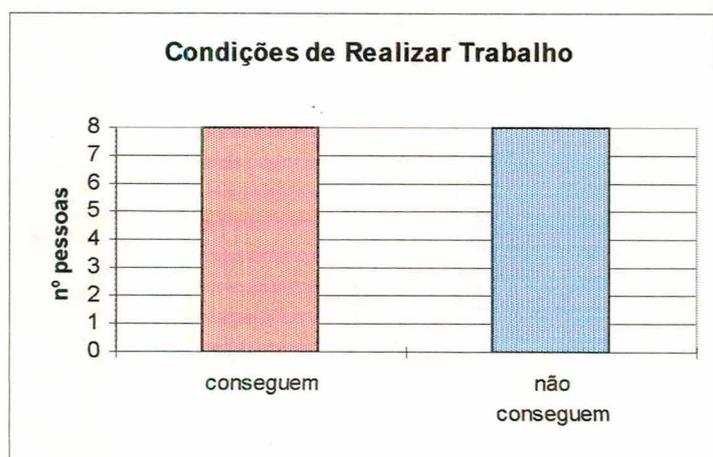


Figura 4.27 - Condições de realizar trabalho.

b) Treinamento para Nova Habilitação Profissional

Todos os entrevistados disseram que não tiveram e não estão tendo qualquer tipo de treinamento para aprender uma nova atividade. Segundo os que passaram por avaliação no Centro de Reabilitação Profissional do INSS, o tipo de treinamento ou avaliação, não condiz com a realidade, já que o equipamento utilizado não é o mesmo da atividade real. Os trabalhadores que estão realocados de função, aprenderam a nova atividade na prática diária ou através de outros colegas.

c) Conduta da Empresa Atualmente

Pode-se observar na figura 4.28 que a maioria dos entrevistados (11 pessoas) sentem-se insatisfeitos com a conduta atual da empresa em relação à sua situação de saúde, visto que alguns sofrem pressão para retornar ao trabalho, outros têm problemas em relação ao tratamento, pois às vezes, a empresa suspende a ajuda financeira; 03 pessoas sentem-se indiferentes à conduta da empresa, mesmo achando que para ela, eles são mais alguns em suas estatística; e apenas 02 pessoas encontram-se satisfeitas em relação à conduta atual da organização diante de suas situações.

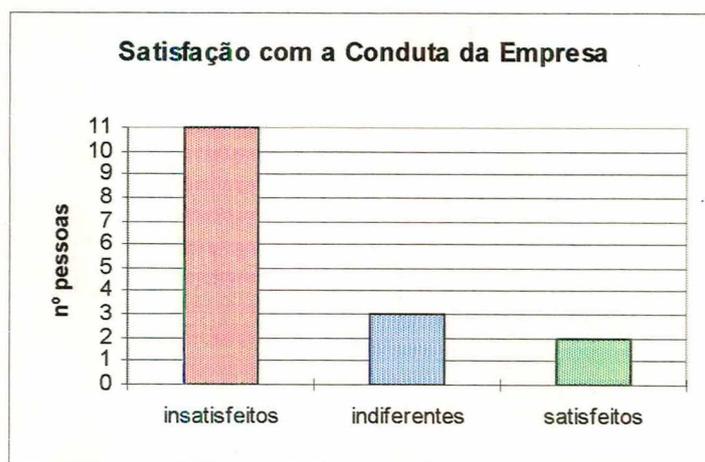


Figura 4.28- Satisfação com a conduta da empresa

d) Segurança em Relação ao Emprego

Segundo a figura 4.29, a maioria (12 pessoas) não se sente segura em relação aos seus empregos, pois não são mais produtivas para a empresa. Segundo uma funcionária: *“eu incomodo as pessoas e meus colegas, pois não tenho uma continuidade de trabalho. Hoje estou boa, amanhã estou cheia de dores, ou amanhã bem e ao final da manhã estou mal.”*

Somente para 04 pessoas existe segurança no trabalho e não há o medo de perder o emprego.

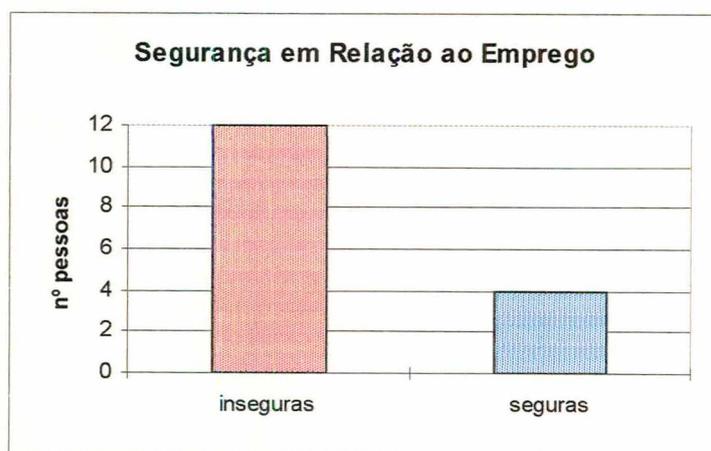


Figura 4.29 - Segurança em relação ao emprego.

e) Percepção do Modo de Vida Atual

Como pode-se ver na figura 4.30, diante desse questionamento, 09 pessoas disseram que atualmente são dependentes nas tarefas que exigem maior esforço, mas conseguem realizar as atividades de vida diária (AVD) tomando os devidos cuidados; 03 pessoas disseram que encontram-se dependentes até para realizar as AVD, principalmente estando em crise dolorosa; 02 pessoas disseram que encontram-se independentes fisicamente, mas são dependentes financeiramente de seus familiares para realizar o tratamento; e outras 02 pessoas disseram ser independentes física e financeiramente.

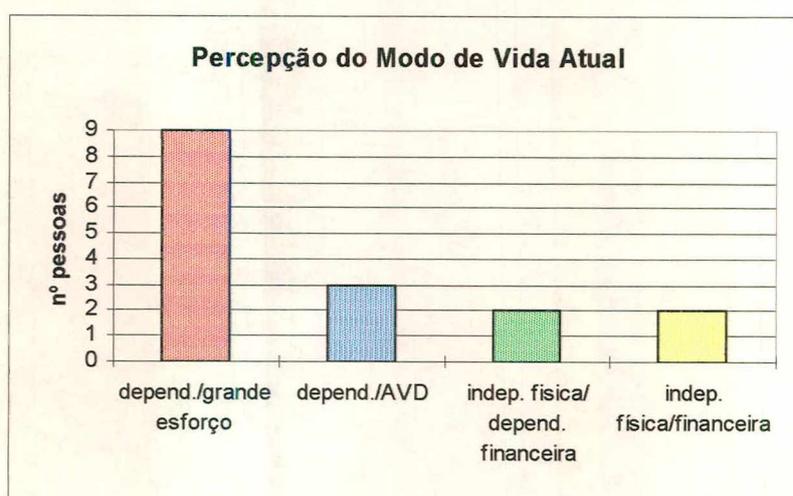


Figura 4.30 - Percepção do modo de vida atual.

f) Expectativas em Relação ao Emprego Atual

Quando questionados sobre qual suas expectativas de vida em relação ao trabalho atual, 05 pessoas disseram que devido a suas limitações laborais, pretendem aposentar-se; outras 05 pessoas disseram que pretendem retornar para a mesma empresa, só que em função diferente, sendo que 02 delas já encontram-se realocadas de função na empresa; 04 pessoas disseram que pretendem retornar à mesma função na empresa; 01 pessoa disse que pretende trabalhar em outra empresa e em diferente função; e outra pessoa disse que não tem expectativa nenhuma em relação ao emprego atual (figura 4.31).



Figura 4.31 - Expectativas em relação ao emprego atual.

g) Perspectivas em Relação ao Futuro Profissional

Percebeu-se em todos os entrevistados que este assunto era muito delicado para eles, pois tocava-se num ponto que muitos evitam comentar e até mesmo pensar. Devido a isso, 09 pessoas disseram ter uma perspectiva sombria e negativa quanto ao futuro profissional; 04 pessoas disseram não ter nenhuma perspectiva atualmente; 02 pessoas ainda não pararam pra pensar e evitaram esse assunto; e apenas 01 pessoa tem a perspectiva de continuar trabalhando, pois submeteu-se recentemente à uma cirurgia e obteve bons resultados (figura 4.32).

Os entrevistados com perspectivas sombrias e os sem perspectiva atualmente em relação ao futuro profissional, relatam ter esse sentimento devido à idade em que se encontram, pois sentem que as empresas de que são funcionários não querem trabalhadores com limitação funcional, sendo que as outras jamais vão aceitá-los, devido à idade e à limitação.



Figura 4.32 - Perspectivas em relação ao futuro profissional

h) Perspectivas em Relação à Vida Pessoal

Como pode-se ver na figura 4.33, 11 pessoas acreditam que podem conciliar as atividades do lar e de vida pessoal com o apoio da família, mas precisam adaptar-se ao novo modo de viver e moldar suas vidas dentro dos seus limites atuais; 03 pessoas atualmente encontram-se desanimadas em relação à vida pessoal, pois acham que esta tem tudo a ver com a vida profissional; 01 pessoa não tem qualquer perspectiva em relação à vida pessoal; e 01 pessoa disse que não quer pensar nisso agora, pois ainda está abalada emocionalmente devido à sua separação conjugal.

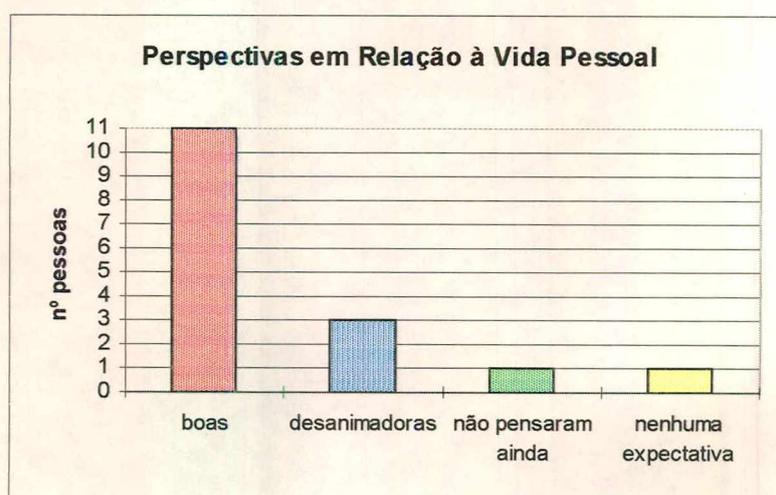


Figura 4.33 - Perspectivas em relação à vida pessoal.

i) Participação em Atividades Sociais

De acordo com a figura 4.34, a maioria dos entrevistados (10 pessoas) raramente participa de atividades sociais; 05 pessoas participam frequentemente; e apenas 01 pessoa disse não participar nunca de atividades sociais.



Gráfico 4.34 - Participação de atividades sociais.

A explicação para a não participação ou sua restrição, foi de que há certas atividades como esporte ou festas demoradas e com muitas pessoas, que limitam a participação. Algumas pessoas disseram que evitam este tipo de atividade social porque têm medo de serem machucadas com um cumprimento mais caloroso. Outras disseram que não participam porque ao afastarem-se do trabalho perderam o entrosamento com os colegas, e outras ainda relatam que evitam esse tipo de atividade porque não tem ânimo, ou para evitar encontrar colegas de trabalho, pois podem sofrer discriminação por não estarem trabalhando, já que a doença não aparece.

Dentre as atividades sociais que os entrevistados participam, uma pequena parte citou as cerimônias religiosas. Contudo, todos relataram que depois do aparecimento da L.E.R., houve uma maior atenção para o lado espiritual, no intuito de suportar o sofrimento advindo da doença, e também porque, segundo algumas pessoas, essa é uma das poucas potencialidades que a L.E.R. não afetou negativamente.

Ilustrando a questão anterior, uma entrevistada disse: “ a religião e a minha fé me ajudam muito a enfrentar as dificuldades, porque a gente usa de tudo, e não dá resultado. Então, tem que ter muita fé e pedir pra que a L.E.R. tenha cura, porque eu vou em tantos médicos e todos eles dizem a mesma coisa: que a L.E.R. não tem cura. Então, a gente acaba tendo que conviver com a realidade como ela é e tem que pedir forças pra Deus pra enfrentar todos esses problemas.”

j) Coisas Importantes na Vida Atual

Os entrevistados elegeram entre o lazer, a comunidade, o trabalho, a religião e a família, numa escala de significância variando de 1 a 5, as coisas mais importantes para eles em suas vidas atualmente. A figura 4.35 ilustra o resultado da pergunta.

Observa-se que a família é considerada atualmente como a coisa mais importante na vida da maioria dos entrevistados, tomando uma parte do espaço que antes era ocupado pelo trabalho.

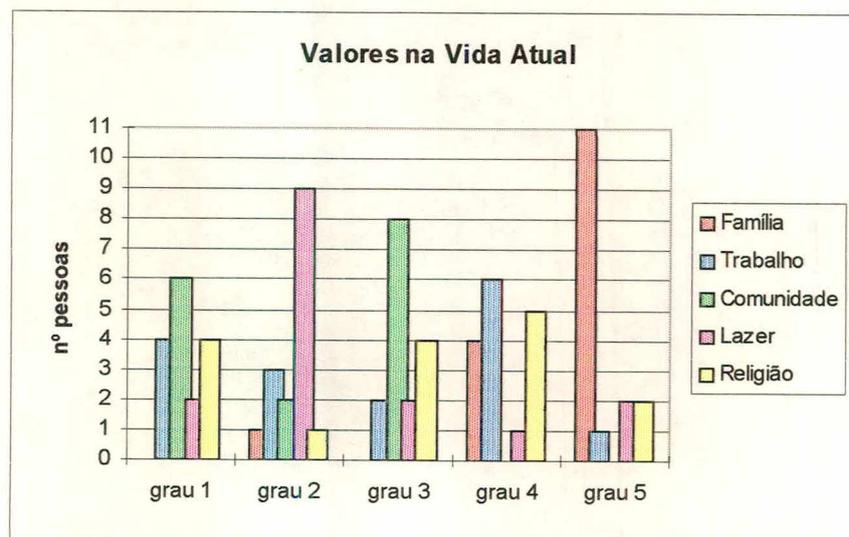


Figura 4.35 - Valores na vida atual.

4.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Através da análise dos dados, pode-se concluir que a amostra concentra maior número de pessoas do sexo feminino (12 pessoas), na faixa etária entre 30 a 45 anos (14 pessoas), casados (11 pessoas) e com 2º grau completo (10 pessoas).

Em relação aos dados de ocupações anteriores, observou-se que a maioria das pessoas iniciou suas atividades de trabalho assalariado entre 18 e 20 anos, sendo que as principais funções exercidas foram as de: auxiliar de escritório, balconista, empacotador de supermercado, datilógrafo, secretária, recepcionista, escriturário, bancário, professor, empregada doméstica, técnico em Raio-X e ajudante de serralha.

Já em relação à profissão atual, a maioria dos entrevistados (14 pessoas) ocupa a profissão de bancário nas funções de caixas, digitadores e escriturários; apenas 02 pessoas das quais uma é digitadora e outra é assistente administrativa não trabalham em bancos. A maior parte do grupo (12 pessoas) trabalha em empresa de economia mista e o tempo de serviço na mesma é extenso com mínimo de 06 e máximo de 23 anos.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho, os depoimentos dos entrevistados revelaram que havia uma incompatibilidade entre o trabalho executado e suas necessidades físicas e psicológicas, apesar de todos eles relatarem que gostavam do tipo de trabalho que faziam. Entretanto, havia grande necessidade de completar todas as tarefas no mesmo dia, daí a realização de horas extras freqüentemente, e a necessidade de trabalhar rapidamente; pouca diversidade em relação às tarefas realizadas; pouca oportunidade de participação nas decisões relativas ao seu próprio trabalho; pouca autonomia em suas atividades; condições ambientais (mobiliário, ruído, temperatura, iluminação) muitas vezes incompatíveis consigo mesmos; informações insuficientes por parte da empresa sobre os riscos ambientais a que estavam expostos; e número de treinamentos para a tarefa insuficientes.

As exigências físicas e mentais também foram marcantes, pois ao final do dia de trabalho os entrevistados encontravam-se esgotados física e mentalmente. Por isso, não dispunham de tempo e ânimo para executar outro tipo de atividade assalariada, porém, havia necessidade de realizar tarefas domésticas, sendo que grande parte das mulheres do grupo tinha dupla jornada de trabalho, ou seja, dentro e fora do lar.

Quanto ao relacionamento com os colegas e supervisores, pareceu haver satisfação em relação aos colegas, entretanto nem todos concordaram em relação aos supervisores nesse aspecto.

Ressalta-se que todas as pessoas disseram ser perfeccionistas, trabalhando rapidamente e de forma a não cometer erros, pois além destas serem características próprias, a organização do trabalho fazia essa exigência, implícita ou explicitamente. Associado a isso, o trabalho ainda ocupava, senão o principal, mas um lugar muito importante em suas vidas.

Em relação à situação atual no trabalho, a maioria das pessoas (12) encontra-se afastada, sendo que dentre todas elas, apenas 01 não afastou-se ainda. Das que estão trabalhando (03), todas estão realocadas de função, porém não receberam treinamento para tal, mas sim aprenderam a tarefa com outros colegas no próprio posto de trabalho.

Como a L.E.R. é considerada acidente de trabalho, se faz necessária a emissão da CAT, sendo que o afastamento superior à 15 dias dá direito ao recebimento do auxílio-doença. Quando a consolidação da lesão resulta em seqüela que reduza a capacidade laborativa, o trabalhador tem direito ao recebimento do auxílio-acidente mensal e vitalício, pago pelo INSS a partir da alta médica. Entretanto, para uma das pessoas que estão afastadas do trabalho, não houve até o momento, a emissão de CAT, desvinculando a doença do acidente de trabalho e não dando direito ao recebimento do auxílio-doença. Entre os que estão realocados, também há uma pessoa que não recebe o auxílio-acidente.

Quanto às características da doença, os primeiros sintomas tiveram início em torno de 2 até 19 anos de tempo de serviço, período em que já executavam a atividade atual. O principal sintoma era a dor, principalmente nos membros superiores e pescoço. No entanto, devido à falta de informação sobre a doença, estes sintomas foram se agravando em alguns deles.

Frente aos sintomas apresentados e à necessidade de afastamento, alguns funcionários chegaram até mesmo a ser demitidos, mas via Justiça, conseguiram seus empregos novamente. Contudo, para afastarem-se passavam pelo médico assistente, sendo que alguns deles não receberam a renovação do afastamento devido à pressão exercida pela empresa sobre esses médicos, já que freqüentemente prestavam serviço à empresa.

Quando há necessidade de afastamento superior a quinze dias, deve-se passar pela perícia médica do INSS, sendo que os entrevistados não mantinham um relacionamento satisfatório com a mesma, havendo queixas diversas a esse respeito.

Para a maioria dos entrevistados (13 pessoas) já foi estabelecido onexo causal da doença com o trabalho e as principais doenças osteo-músculo-esqueléticas relatadas pelo grupo foram: cervicobraquialgia; tendinite no punho e ombro direitos; tendinite no punho esquerdo; cervicodorsalgia; fibromialgia do trapézio; epicondilite no cotovelo direito; síndrome do túnel do carpo na mão direita; bursite nos ombros direito e esquerdo; tenossinovite no punho direito; tenossinovite no punho esquerdo; síndrome do túnel do carpo nas mãos direita e esquerda; cisto sinovial no punho direito; síndrome do interósseo na mão direita.

A dor é a principal queixa advinda da L.E.R. relatada pelos entrevistados, e traz consigo a limitação funcional e a depressão, principalmente por estarem em tratamento e este surtir pouco efeito. Em decorrência disso, muitos entrevistados encontram-se descrentes no tratamento, porque além de apresentar resultados lentos, é um ponto polêmico, pois sem ele há piora, e não são todas as pessoas que recebem ajuda financeira da empresa para realizá-lo.

Quanto à relação com a doença, a percepção do estado atual de saúde foi considerado um fator bastante abalado, não somente no aspecto físico mas também no emocional, isso é devido às mudanças de vida geradas L.E.R., onde as pessoas tiveram que reformular seu modo de ser, estipulando limites em todas as suas atividades físicas, inclusive nas sociais e de lazer.

A fragilidade emocional ocasionada pela L.E.R. no grupo, deve-se tanto à dor constante, à pouca eficácia do tratamento, à incompreensão de muitos colegas de trabalho e familiares frente à situação de saúde e trabalho do portador. Isto é devido, principalmente, a uma característica citada pela maioria dos entrevistados que é a invisibilidade da doença, pois a dor que é o principal sintoma, não pode ser visualizada e, muitas vezes, o portador de L.E.R. passa por uma pessoa “fingida” e que faz “corpo mole” para não trabalhar, sendo atribuído a ele a característica de portador de “lerdeza”.

Em decorrência disso, foi comum no grupo estudado, sentimentos de medo, depressão e revolta ao perceberem-se portadores de L.E.R., com limitações funcionais até para as atividades de vida diária nos períodos de crise de dor. A descrença em relação à cura da doença também contribui para esses sentimentos, já que segundo os entrevistados, o prognóstico médico é incerto e os resultados do tratamento são lentos.

A revolta por terem adquirido a doença deve-se ao fato de que a maioria dos entrevistados acha que a culpa é da empresa, a qual não se preocupou em oferecer condições de trabalho adequadas e não procurou compatibilizar as novas tecnologias com os recursos humanos que dispunham. Entretanto, houveram os que acharam que o seu próprio modo de ser, de querer abraçar todas as tarefas, trabalhar rapidamente e ser perfeccionistas no que faziam, contribuiu muito para o desencadeamento da doença.

Todas as questões abordadas acima, conduzem a maioria das pessoas a acharem que não têm mais condições de dar seguimento ao tipo de trabalho executado anteriormente, já que para isso teriam que utilizar as mãos e realizar movimentos repetitivos, os quais desencadeiam a dor. Devido a isso,

algumas pensam em aposentar-se, outras porém, acreditam que têm capacidade para executar outras atividades dentro da empresa, mas essa capacidade não é aproveitada, se traduzindo muitas vezes, num sentimento de inutilidade do portador de L.E.R. Isto é agravado pela falta de treinamentos para nova habilitação profissional, já que o realizado pelo centro de reabilitação profissional do INSS, segundo os entrevistados, não condiz com suas realidades de trabalho.

Em decorrência disso, percebeu-se uma insatisfação tanto em relação à conduta da empresa como do próprio serviço de saúde, gerando na maioria dos entrevistados uma insegurança em relação ao emprego atual e poucas perspectivas em relação ao futuro profissional, já que todos têm mais de 30 anos de idade e possuem limitações funcionais, o que não favorece um bom aceitação no mercado de trabalho dentro do modelo econômico atual.

Em relação às perspectivas de vida pessoal, percebeu-se a necessidade do apoio familiar para que estas possam ser boas, visto que não é somente o portador de L.E.R. que precisa adaptar-se a um novo modo de vida, mas também toda a família, tanto nos aspectos referentes às atividades domésticas como nas sociais e de lazer. Notou-se uma restrição quanto à participação destas atividades, principalmente devido à dor e ao medo de serem machucadas fisicamente, mas também por desânimo, por perda do entrosamento com os colegas ou por medo de encontrarem com colegas de trabalho, já que a doença não aparece.

Em decorrência da L.E.R., observou-se que houve uma maior atenção voltada para o lado espiritual e para a família, sendo esta considerada atualmente como a coisa mais importante na vida dos entrevistados, ocupando parte do espaço significativo que antes era atribuído ao trabalho.

Finalizando, a percepção de L.E.R. dos entrevistados mostra que a dor e as limitações de vida são características marcantes. O sofrimento por sentir a dor e saber de suas limitações toma uma conotação bem maior devido à invisibilidade da doença, a qual se torna visível somente quando já encontra-se num estágio mais avançado e com seqüelas instaladas.

5. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

5.1. CONCLUSÕES SOBRE A PESQUISA

Através desta pesquisa pode-se perceber que uma característica significativa da L.E.R. é a invisibilidade da doença, pois havendo uma limitação que não é aparente, há também a discriminação do portador que não tem seu sofrimento explícito em sinais de lesão. Origina-se daí os principais problemas advindos da L.E.R., que são os de relacionamento com os colegas e gerentes de trabalho, com a família, com os profissionais de saúde e até mesmo conflitos internos, justamente por essa peculiaridade da doença em atingir de forma inaparente a capacidade de trabalho e até de cuidar de si próprio.

Grande parte desses problemas de relacionamento, e até mesmo da aquisição da doença, ocorrem devido à deficiência de informação em torno da realidade da L.E.R., relativamente fácil de ser prevenida, porém uma vez instalada é de difícil cura e geradora de muitos problemas. Essa pobreza de informações acaba determinando a exclusão social do portador, pois por sofrer descrédito dos colegas, familiares e até mesmo dos profissionais de saúde em relação aos seus sintomas - principalmente a dor - ele acaba se fechando em seu mundo onde se sente seguro, o que conduz a uma mudança no estilo de vida e a quadros depressivos. Isto também se deve à incerteza da cura e à demora dos resultados do tratamento.

Especificamente quanto ao atendimento dos profissionais de saúde, percebe-se a necessidade do portador ser acompanhado sempre pelo mesmo médico, o qual já ao par de seu histórico, poderia acompanhá-lo mais eficientemente, pois a insatisfação dos entrevistados com o atendimento pelos profissionais do governo é uma realidade agravada pelo atendimento feito por profissionais que não pertencem à área de saúde ocupacional e que não rece-

bem um treinamento voltado aos problemas subjetivos resultantes da L.E.R. - o que pareceu ser uma consequência marcante - assim como por um sistema de saúde pública desgastado, voltado, quase sempre, à visão mecanicista.

Em relação ao trabalho, o desempenho da maioria das funções exercidas anteriormente, teoricamente, exigia esforços repetitivos. Entretanto, não convém afirmar que essas atividades deram início às lesões ósteo-músculo-esqueléticas apresentadas pelos entrevistados, já que não foi feito um estudo detalhado dessa questão.

Quanto ao trabalho atual, não pode-se afirmar de maneira precisa que este foi o causador da lesão, embora haja uma grande tendência, já que os sintomas surgiram a partir de 02 anos após o início da atividade atual. Contribui para essa suspeita as condições de trabalho ergonomicamente inadequadas e incompatíveis consigo mesmos, citadas pelos entrevistados. Além disso, o controle hierárquico, devido ao próprio tipo de empresa, não permitia um relacionamento satisfatório com os supervisores, o que era gerador de um clima de trabalho tenso. Ainda, a falta de uma política de prevenção da L.E.R. e a desinformação do trabalhador e, muitas vezes, da própria empresa, sobre os fatores de risco da doença e suas consequências, podem ser causas tanto da L.E.R. como do seu agravamento.

Pode-se associar a isso, as características individuais de perfeccionismo, iniciativa nas ações doméstica e profissional, e incompreensão diante da inércia dos outros, querendo agregar e realizar rapidamente todas as tarefas, características estas encontradas na amostra e citadas na literatura como fatores que contribuem para o aparecimento da L.E.R.

Por fim, observou-se que a doença ocasiona uma modificação em todo o estilo de vida do portador e da família, transtornos emocionais, limitações físicas que restringem a vida social do portador em algum momento, gera custos para a empresa e para o Estado, e muitas vezes, ocasiona a perda de um indivíduo produtivo e gerador de recursos para a sociedade. Isso é agravado

pela deficiência na política de reinserção do doente na sociedade, ocasionando expectativas sombrias quanto ao seu futuro.

5.2. RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO

Em decorrência do que foi visto em todo o trabalho, verifica-se a necessidade de:

a) Reformulação no atendimento à saúde do trabalhador

- em relação à perícia médica, que seja viabilizado o acompanhamento dos doentes por um único médico, o qual teria condições de acompanhar mais eficientemente o doente.
- planejar um atendimento à saúde do trabalhador que dê maior credibilidade às suas queixas, preparando uma equipe especializada em saúde ocupacional, preocupada também com os fatores psicológicos que envolvem o estado da doença.
- proporcionar atendimento tanto para o trabalhador como para seus familiares, no intuito de informar sobre a realidade da doença, minimizando assim, problemas de relacionamento e discriminação no lar.

b) Implantação de uma política de prevenção da L.E.R. com base principalmente em:

- estudo ergonômico nos postos de trabalho, de modo a eliminar ou minimizar os riscos decorrentes das condições laborais inadequadas;
- atenção maior pela empresa às normas regulamentadoras referentes à segurança e saúde ocupacional, principalmente quanto a informações dos riscos ocupacionais aos trabalhadores;
- introdução de medidas preventivas da L.E.R. como: ginástica laboral, pausas, educação dos trabalhadores através de palestras e cartazes fixados no próprio posto, maior participação nas decisões referentes ao seu tra-

balho, e mudanças ergonômicas nos equipamentos e na organização do trabalho, como sugeridas também por outros autores, tais como Maciel (ver capítulo 3, item 3.2.1)

- reconhecimento da necessidade de inclusão total do homem em seu ambiente de trabalho, reconhecendo-o como sujeito e não apenas como corpo que trabalha.
- preocupação em treinar os gerentes e os trabalhadores para melhor reconhecimento dos riscos ocupacionais e para saber como lidar com o trabalhador portador de L.E.R.
- melhor aproveitamento das potencialidades dos funcionários portadores de L.E.R. dentro da empresa, de maneira a serem realocados em função produtiva e compatível com suas limitações funcionais. Isso poderia ser concretizado através do estudo realizado por uma equipe de saúde multidisciplinar, inclusive um ergonomista, com foco tanto nas deficiências físicas destes indivíduos como nas exigências da tarefa.

b) Através de programas de prevenção da L.E.R., as pessoas poderiam repensar seus comportamentos, principalmente aquelas com tendências de apresentarem as características pessoais similares às da amostra, propiciando assim, uma mudança de estilo de vida e a conciliação entre trabalho e saúde.

5.3. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Propõe-se que seja realizado um estudo mais específico para se conhecer as reais limitações impostas pela doença, de modo a salientar as possibilidades do indivíduo para a ação no trabalho, o que seria possível através do trabalho de uma equipe de saúde multidisciplinar, visando não apenas o tratamento, mas também a reabilitação para a situação real de trabalho.

Conseqüentemente, isso daria início a um estudo das possibilidades de atuação e/ou atividades possíveis de serem executadas pelos portadores

de L.E.R., estabelecendo as características e exigências do trabalho através de uma análise ergonômica para melhor compreensão das possibilidades de reinserção dos portadores da doença.

Sugere-se também o aprofundamento na questão psicológica, tentando relacionar mais especificamente pontos-chaves que exerçam influência no desencadeamento da L.E.R., assim como maneiras de trabalhar esses aspectos na tentativa de minimizar a incidência da doença sob esse prisma.

Outra sugestão seria realizar um trabalho junto aos profissionais de saúde do governo que atendem os portadores de L.E.R., objetivando verificar quais as barreiras e problemas encontrados por eles diante dessa problemática, já que no presente trabalho focou-se somente a visão do portador de L.E.R.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E
SISTEMAS

ENTREVISTA DIRIGIDA SOBRE L.E.R.S

I- DADOS PESSOAIS

Nome:		
Sexo: () masc. () fem.	Data de Nasc.: / /	Escolaridade:
Estado Civil: () casado () Solteiro () Divorciado () outros		N.º de dependentes:
Profissão:		Tempo de Serviço:
Reg. de Trabalho:		
Situação atual no trabalho:		
Renda anterior: R\$		Renda atual: R\$
Exame médico : () admissional () periódico		

II- CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

1. Com que idade você teve seu primeiro emprego?
2. Qual tipo de ocupação você desempenhava naquela ocasião?
3. O seu emprego atual é o mesmo do primeiro emprego? Caso não, quantos empregos você já teve incluindo o atual?
4. A organização em que você trabalha é:
 - órgão da administração pública direta
 - empresa de economia mista (capital público e privado)
 - empresa privada
 - outros
5. Qual sua carga horária semanal de trabalho (em horas)?
6. Descrever rapidamente o modo como você realizava seu último trabalho
7. Você tem ou tinha algum tipo de incentivo salarial (gratificação) pela função exercida?
8. Em relação ao desenvolvimento do seu trabalho.
 - Você tinha oportunidade de completar o que começava?
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Você realizava tarefas diferentes?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Você trabalhava muito rapidamente?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Havia participação de todos nas decisões de trabalho?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Havia grande separação entre quem planeja e quem executa a tarefa?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **As condições ambientais (temperatura, ruído, iluminação, mobiliário) do seu local de trabalho eram adequadas para você?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Você adotava algum comportamento preventivo em decorrência dos problemas citados no item anterior?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **A empresa adotava algum procedimento preventivo (informações, palestras, melhoria de equipamentos e organização do trabalho, etc.) de doenças e acidentes de trabalho?**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- **Você participava de treinamentos para o trabalho.**
 - nunca
 - raramente
 - freqüentemente
 - sempre

- Você realizava horas extras no trabalho?

nunca
 raramente
 frequentemente
 sempre

9. Quanto às exigências de trabalho.

- O seu trabalho exige de você fisicamente.

pouco
 razoavelmente
 muito

- O seu trabalho exige de você mentalmente.

pouco
 razoavelmente
 muito

10. Suas relações de trabalho.

- Com os colegas era:

insatisfatória
 razoável
 satisfatória

- Com os supervisores era:

insatisfatória
 razoável
 satisfatória

11. Além do seu emprego nesta organização, você possui outro emprego ou atividade de trabalho?

sim, outro emprego com atividades similares
 sim, outro trabalho por conta própria
 sim, outro trabalho voluntário
 sim, atividades no lar
 não, nenhum outro trabalho.

12. Qual o significado do trabalho para você antes de ser um portador de L.E.R.

era a coisa mais importante de sua vida
 tinha o mesmo grau de importância que o lazer ou a família, por exemplo.
 não tinha importância significativa

III- CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

1. Quais foram seus primeiros sintomas da doença, e quando tiveram início?

2. Qual foi sua conduta em relação a esses sintomas?
 - achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, pois desconhecia a doença
 - achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, mas conhecia a doença
 - procurou imediatamente ajuda médica, apesar de não conhecer a doença
 - procurou imediatamente ajuda médica, pois conhecia a doença
3. Qual foi a conduta da empresa em relação ao seu estado de saúde?
 - compreensão da necessidade do tratamento e dos procedimentos adequados
 - apenas cumpriu o que o médico instituiu, nem mais e nem menos que isso
 - ameaça de desemprego ou algo similar
4. Qual a foi a reação dos seus colegas de trabalho em relação a sua doença?
 - compreensão em relação às suas queixas
 - descrédito em relação às suas queixas
 - negação em relação às suas queixas
5. Qual a conduta do seu médico assistente perante sua doença?
 - não afastou você do trabalho, devido a descrédito e desconfiança em seus sintomas
 - não afastou você do trabalho, pois julgou seus sintomas leves e não achou necessário
 - afastou-o do trabalho devido a sua insistência, mas agiu indiferentemente aos seus sintomas
 - afastou você do trabalho, pois compreendeu e deu crédito aos seus sintomas
6. Você já possui confirmação donexo causal e do diagnóstico de L.E.R.?
 - sim
 - não
7. Como você define sua relação com os médicos da perícia do INSS?
 - insatisfatória
 - razoável
 - satisfatória
8. Qual(is) tipo(s) de doença ósteo-muscular você apresenta?
9. Qual(is) sua(s) queixa(s) principal(is) em relação à saúde?
10. Quais os tipos de tratamento que você já realizou?
11. Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento que você está realizando agora?
12. Você utiliza algum tipo de medicamento. Se sim, qual?
13. Você recebe algum tipo de benefício salarial?
14. Sua empresa colabora financeiramente ou de outra forma com o seu tratamento?
 - não colabora
 - colabora parcialmente
 - colabora totalmente

15. Você tinha conhecimento de como o trabalho repetitivo, sem pausas e cuidados, é nocivo saúde do trabalhador?

- não
- sim

IV- RELAÇÃO COM A DOENÇA

1. Como você classifica seu atual estado de saúde?

- ruim
- regular
- bom
- excelente

2. Sua reação em relação à doença é de:

- depressão, pois você não sente melhora
- revolta por ter adquirido a doença
- medo em relação ao futuro
- indiferença, pois a doença não lhe incomoda

3. Qual a reação dos seus familiares em relação à sua doença?

- negação em relação aos seus sintomas
- descrédito em relação aos seus sintomas
- apoio e compreensão em relação aos seus sintomas

4. Em decorrência da doença, sua vida sofreu:

- nenhuma mudança
- poucas mudanças
- muitas mudanças
- mudou completamente

5. De que forma você se apresenta em relação às mudanças que têm ocorrido na sua vida?

- deprimido
- revoltado
- ansioso
- indiferente

6. Como você se sente em relação aos tratamentos realizados?

- desacreditado
- indiferente
- confiante

7. Você tem tido a compreensão de amigos e familiares?

- nunca
- algumas vezes
- sempre

8. Você acredita que a cura de sua doença é:

- impossível, pois você não vai melhorar
- possível, mas vai demorar
- possível e está próxima

9. Você apontaria algum culpado por ter adquirido a doença?

10. O que é L.E.R. para você?

V- VIDA ATUAL

1. Na sua opinião você tem condições de realizar algum tipo de trabalho?

não

sim.

Qual(is)?.....

2. Você está tendo algum treinamento ou está fazendo algum curso para obter nova habilitação profissional?

não

ainda não

sim

3. Você se sente seguro em relação ao seu emprego?

não

algumas vezes

sim

5. Como você se sente em relação a conduta da sua empresa perante sua situação atual?

insatisfeito

indiferente

satisfeito

6. Quais suas expectativas em relação ao trabalho?

pretende aposentar-se e parar de trabalhar

pretende aposentar-se e trabalhar por conta própria, tornando seu trabalho mais flexível

pretende trabalhar em outra empresa e na mesma função

pretende trabalhar em outra empresa e em função diferente

pretende retornar a mesma empresa, só que em função diferente

pretende retornar a mesma empresa e para a mesma função.

8. Como você caracteriza seu modo de vida hoje?

é dependente fisicamente até para realizar atividades de vida diária (AVD)

é dependente fisicamente nas tarefas que exigem maior esforço, mas é independente nas AVDs

é dependente financeiramente dos familiares, pois seu salário não é suficiente para suprir suas necessidades básicas e tratamento

é independente física e financeiramente

9. Quais suas perspectivas em relação ao seu futuro profissional?

10. Quais suas expectativas em relação a sua vida pessoal?

11. Enumere em uma escala de 1 a 5 as coisas importantes na sua vida hoje, sendo que o mais importante equivale ao maior número.

- lazer
- comunidade (organizações voluntárias, sindicatos, organizações políticas)
- trabalho
- religião
- família

12. Você participa de atividades sociais?

- nunca
- raramente
- freqüentemente
- sempre

13. Você tem religião? Se sim, qual?

14. Você participa de alguma cerimônia religiosa? Se participa, com que freqüência?

15. Sua religião lhe dá forças?

Obrigada por sua colaboração!

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- ALVES, Gisele Beatriz de Oliveira. **Contribuições da Ergonomia ao Estudo da L.E.R. em Trabalhadores de Restaurante Universitário**. Florianópolis, 1995. Dissertação de mestrado na área de ergonomia - Pós-graduação em Engenharia de Produção de Sistemas, Universidade federal de Santa catarina.
- ARMSTRONG, Thomas J. Ergonomics and Cumulative Trauma Disorders. **Hand Clinics**. U.S.A., v. 2, n. 3, p. 553-565, august 1986.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila, LACERDA, Eliana Mattos, ANDRADE, Elizete Barrozo. L.E.R.: descrição de aspectos laborais em casos do ADP/UFMG. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 21, n. 80, p.13-22, out./nov./dez. 1993.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Sistema músculo-esquelético: L.E.R. In: MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995. P. 173-198.
- ATTARAN, Mohsen. Adopting na integrated approach to ergonomics implementation. **IIE Solutions**. U.S.A., v. 28, p. 19-23, june 1996.
- BAMMER, Gabriele, BLIGNAULT, Ilse. **Musculoskeletal Disorders at Work**. Ed. Peter W. Buckle, 1987, p. 118-123.
- BARREIRA, Thais Helena de Carvalho. Abordagem ergonômica na prevenção da L.E.R. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 22, n. 84, p.51-60, out./nov./dez. 1994.
- BARREIRA, Thaís Helena de Carvalho. **Fatores de risco de Lesões por Esforços Repetitivos em uma atividade manual**. São Paulo, 1994. Dissertação de mestrado na área de psicologia experimental - Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia.
- BIMONTE, Tony. Counter Ergonomics' "New Age" Injuries with Strong Preventive Training Program. **OHS - Occupational Health & Safety**. London, v. 63, n. 11 , p. 41, november 1994.
- BOTTING, Nancy et al. Natural progressions. **OH & S Canadá**. Canadá, v. 12, n. 3, p. 58-63, may/jun. 1996.

- BRANDIMILLER, Primo A. Caixas: segmento de impacto da automação bancária. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 22, n. 81, p.37-42, jan./fev./mar. 1994.
- BRASIL, Regulamento dos Benefícios da Previdência Social Decreto nº 2.172, 05/03/97. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial**, Brasília, 06 março/1997, p. 4199-4247.
- CAMPELLO, J. C. L.E.R. em bancários de unid. da Caixa Econômica Fed. de Porto Alegre. **Revista HCPA. RS**, v. 15, n. 2, P. 212, agosto 1995.
- CAPITAL Humano. **Proteção**. Rio Grande do Sul, n. 46, p. 28-43, out. 1995.
- CODO, Wanderley. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, ano 8, nº 2, p. 20-24, 1988.
- COUTO, Hudson de A. Adeus, Henry Ford. **Proteção**. Rio Grande do Sul, nº 49, p. 5, janeiro 1996.
- COUTO, Hudson de Araújo. O que uma empresa perde com a falta e o que ela ganha com a Ergonomia: alguns números interessantes. **Informativo Ergo**. Belo Horizonte, mar./abr. 1997.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Trad. Ana I. Paraguay e Lúcia L. Ferreira. 5ª ed. São Paulo: Cortez. Oboré, 1992.
- DO DIAGNÓSTICO à Ação. **Proteção**. Rio Grande do Sul, nº 61, p. 18- 31, jan. 1997.
- FALCETTA, Paul. Repetitive Strain Injuries. <http://reliancenational.Com/c04962.html>. 4th quarter 1996.
- FARBER, Henrique José, OLIVEIRA, Luís. Proposta de Abordagem da Saúde e Segurança do Trabalho segundo a BS8800. **Proteção**. Rio Grande do Sul, nº 64, p. 50-54, abril 1997.
- FEMBERG, Patricia M. Charting a course toward lower workers' comp claims. **Managing Office Technology**. v. 41, n. 3, p. 17-21, mar. 1996.
- GIL COURY, Helenice Jane C., et al. Musculoskeletal Disorders in Manicurists, p.653-656. In: IEA World Conference, 3rd Latin American Congress, 7th Brazilian Ergonomics Congress. October 16-20, Rio de Janeiro, 1995.

- COUTO, Hudson de Araújo. **Tenossinovites e Outras L.T.C. nos Membros Superiores de origem Ocupacional**. Belo Horizonte: Ergo, 1991.
- GUIDOTTI, Teel. Occupational Repetitive Strain Injuries. **American Family Physician**. s.l., v. 45, n. 2, p. 585-592, february 1992.
- GUIMARÃES, Carla P., et al. An Initial Epidemiological Ergonomic Study of Low Back Pain in Health Service Workers, p. 642-644. In: IEA World Conference, 3rd Latin American Congress, 7th Brazilian Ergonomics Congress. October 16-20, Rio de Janeiro, 1995.
- GUYTON, C. Arthur. **Fisiologia Humana. Manual de Análise Ergonômica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 564 p.
- HIGGS, Philip E., MACKINNON Susan E. Repetitive motion injuries. **Annual Reviews Medicine**. U.S.A., v. 46, p. 1-16, 1995.
- HIGGS, Philip, et al. Upper Extremity Impairment in Workers Performing Repetitive Tasks. **Plastic and Reconstructive Surgery**. U.S.A., v. 90, n. 4, p. 614-620, october, 1992.
- HOEFEL, Maria da Graça. L.E.R. e Depressão. In: DUCAN, Schimidt e GUIGLIANI. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 1-5.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1995. 465 p.
- INSS. **L.E.R.: normas técnicas para avaliação da incapacidade**. Brasília, 1993.
- INST (Instituto Nacional De Saúde Do Trabalhador) - COORDENAÇÃO NACIONAL DE L.E.R. **L.E.R.: Você pode virar essa página**. São Paulo, 1995. Informativo do Programa nacional da CUT de prevenção da L.E.R.
- KISNER, Carolyn, COLBY, Lynn Allen. **Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole, 1989. 699 p.
- KOHLER, Glen. Worker-oriented solutions to office safety. **Occupational Hazards**. U.S.A., v. 56, n. 10, p. 184-186, october 1994.

- KROEMER, Karl H. E. Averting C.T.D. in Shop an Office, p.171-173. In: IEA World Conference, 3rd Latin American Congress, 7th Brazilian Ergonomics Congress. October 16-20, Rio de Janeiro, 1995.
- KUORINKA, Ilkka. Repetitive Work in Perspective. *Ergonomics*. London, v. 38, n. 8, p. 1686-1690, august 1995.
- LECH, Osvandré, HOEFEL, Maria da Graça. **Protocolo de investigação das lesões por esforços repetitivos (L.E.R.)**. São Paulo: Rhodia Farma, 1992.
- LOWY, Eva. Repetitive Strain Injury: **The Social Construction of an Occupational Illness**. Austrália, 1993. Degree: PHD - University of New South Wales. Resumo in: ProQuest Dissertation Abstracts.
- LUDUVIG, Monica Martinez. Perigo no Trabalho. *Saúde*. São Paulo. s.v., s.n., p. 80-93, março 1996.
- MACIEL, Regina Heloisa. Programa de Prevenção, Tratamento e Readaptação de L.E.R. **Sindicato dos Bancários do Estado de São Paulo**. p. 1-14, maio, 1996.
- MANUAL DE LEGISLAÇÃO ATLAS. São Paulo, ed. Atlas, v. 31, 1996, 560p.
- MENDES, Ana M. Bezerra. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, ano 15, n. 1,2,3, p. 34-38, 1995.
- MOURA, Mauro A. De. Segurança Integral: a importância das normas regulamentadoras para a proteção da saúde do trabalhador. *Proteção*. Rio Grande do Sul, nº 52, p. 44-46, abril 1996.
- MUDANÇAS à Vista. *Diário Catarinense*. Florianópolis, 01/05/97. Dia do Trabalho, ano XI, nº 4035, p.4-7.
- NOVAES, Edmundo Vieites. **Qualidade de Vida, Atividade Física, Saúde e Doença**. In: VOTRE, Sebastião Josué, COSTA, Vera L. de Menezes. *Cultura, Atividade Corporal e esporte*. Rio de Janeiro: Ed. Central da UGF, 1995.
- OLIVEIRA, Chrisostomo Rocha de. L.E.R. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 19, n. 73, p. 59-85, abr./mai./jun. 1991.

- PARAGUAY, Ana Izabel B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhorias das condições de trabalho. **Revista Brasileira de saúde Ocupacional**. v. 18, n. 70, p. 40-43, abr/mai/jun. 1990.
- PEREIRA, Tony izaguirre, LECH, Osvandré. Prevenindo a L.E.R.: Técnicas para evitar a ocorrência de L.E.R. **Proteção**. Rio Grande do Sul, n° 63, p. 44-53, março 1997.
- PREVENÇÃO na Indústria. **Proteção**. Rio Grande do Sul, n° 63, p. 15, março 1997.
- PRIETO, Adele Maria C., et al. C.T.D. Prevention in the Video Display Terminal Environment, p.657-660. In: IEA World Conference, 3rd Latin American Congress, 7th Brazilian Ergonomics Congress. October 16-20, Rio de Janeiro, 1995.
- RESNICK, Marc L. Concurrent ergonomics: A proactive approach. **Computers & Industrial Engineering**, U.S.A., v. 31, n. 1, 2, p.489-482, october, 1996. ProQuest ABI/INFORM (R) Global, access n° 01318520, 1997. Resumo.
- RIO DE JANEIRO, Lei n° 2.586, 03/07/96. Estabelece normas de prevenção das doenças e critérios de defesa da saúde dos trabalhadores em relação às atividades que possam desencadear lesões por esforços repetitivos (L.E.R.), no Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado**, 1996.
- RISK Management for Musculoskeletal Disorders. **OH- Occupational Health**. London, v. 48, n° 10, p. 356-359, october 1996.
- RODRIGUES, Regina C. de Alencar. Informática. **APLER**. RS, outubro, 1996.
- SANTOS, Neri dos, FIALHO, Francisco A. Pereira. **Manual de Análise Ergonômica do Trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.290 p.
- SARTORI, Armando et al. Tempos Modernos 2. **Atenção!** São Paulo., ano 2, n° 5, p. 28-38, abr., 1996.
- SATO, Leny et alii. Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 21, n. 79, p.49-62, jul./ago./set. 1993.

- SHARKEY, J. Brian. Funtional vs chronologic age. **Medicine and Science in Sports and Exercice**. v. 19, n. 2, p. 174-178, november 1986.
- SILVA FILHO, José Luiz F. da, MONTEDO, Uiara Bandineli. **Curso de Ergonomia e Organização do Trabalho: uma base para a qualidade**. UFSC, Florianópolis, mai./jun. 1996.
- SOROCK, Gary S., COURTNEY Theodore K. Epidemiologic concerns for ergonomics: illustrations from the musculoskeletal disorder literature. **Ergonomics**. U.S.A., v. 39, n. 4, p. 562-578, 1996.
- STRAKAL, Michael. Prevention Pays Costs of Cumulative Trauma. **OHS - Occupational Health & Safety**. London, v. 63 , n. 12 , p. 43-48, december 1994.
- THOMPSON, James S., PHELPS, Timothy H. Repetitive Strain Injuries: How to deal with "the epidemic of the 1990s". **Postgrad-Medicine**. U.S.A., v. 88, n. 8, p. 143-149, december 1990.
- UPFAL, Mark. Understanding medical management for musculoskeletal injuries. **Occupacional Hazards**. U.S.A., v. 56, n. 9, p. 43-47, september 1994.
- MATHEWS, K. Donald, FOX, L. Edward. **Bases Fisiológicas da Educação Física e dos desportos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 340 p.

BIBLIOGRAFIA

- GONÇALVES, Cristina F. Fidelis. Ergonomia e Qualidade no Serviço Bancário. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 31, n. 4, p.102-106, out./dez. 1996.
- RAMOS, José Jr. **Personalidade**. São Paulo: Sarvier, 1991.
- SCHÜLLER, Otacílio Sobrinho. **Psicologia, Sociologia e Antropologia do Trabalho**. In: VIEIRA, Sebastião Ivone. **Medicina Básica do Trabalho**. Vol. I. Curitiba: Gênese, 1994.