



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva



Mestrado em Saúde Pública

**ESTUDO SOBRE POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES
ENTRE NÍVEIS DE ESTRESSE E DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO
TRABALHO, ENTRE BANCÁRIOS DA CIDADE DO
RECIFE.**

Iraci Alves da Costa

Recife, 2000

**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**ESTUDO SOBRE POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE
ESTRESSE E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES
RELACIONADOS AO TRABALHO, ENTRE BANCÁRIOS DA
CIDADE DO RECIFE.**

Iraci Alves da Costa

Recife-2000

**ESTUDO SOBRE POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE
ESTRESSE E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES
RELACIONADOS AO TRABALHO, ENTRE BANCÁRIOS DA
CIDADE DO RECIFE.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz - Departamento de saúde Coletiva, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Professora Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto

Recife-2000

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, às pessoas de minha vida... Aos meus filhos: João Bosco e Luiz Felix aos meus pais, Luiz Feliz e Iracema Alves, por tudo que representam.

AGRADECIMENTOS

Às Profas. Dras.: Lia Giraldo da Silva Augusto.
Rosa Maria Carneiro e Emília Perez, pela
compreensão nesta fase final dos trabalhos.

SUMÁRIO

Resumo.....	07
Abstract.....	09
Lista de Siglas.....	11
Lista de Tabelas.....	12
1.Introdução.....	13
1.2. Questões centrais do estudo.....	18
1.3. Hipótese.....	18
1.4. Objetivo geral.....	18
1.4.1. Objetivos específicos.....	18
2.Fundamentação teórica	19
2.1. Saúde e trabalho: um nexu indivisível.....	21
2.2. Das Lesões por Esforços Repetitivos aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho	26
2.3. Breve histórico e evolução dos conceitos.....	28
2.4. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho	31
2.4.1. Fatores de riscos.....	32
2.4.2. Fatores de riscos pessoais físicos.....	32
2.4.3. Fatores de riscos pessoais emocionais.....	33
2.4.4. Fatores de riscos ambientais físicos.....	33
2.4.5. Fatores de riscos ambientais emocionais.....	34
2.4.6. Aspectos epidemiológicos.....	35
2.4.7. Aspectos fisiopatológicos e clínicos.....	38
2.4.8. Diagnóstico.....	40
2.5. Legislação sanitária, trabalhista e previdenciária.....	41
2.5.1. As normas pelas suas posições hierárquicas.....	41
2.5.2. Ambiente saudável: direito do trabalhador.....	41
2.5.3. Assistência social: direito do trabalhador.....	43
2.5.4. A saga da construção de um direito do trabalhador acidentado....	44
2.6. Estresse no trabalho: “o mal mau definido”.....	46
2.6.1. Fatores psicossociais na saúde do trabalhador.....	46
2.7. Processo de trabalho dos bancários.....	48
2.7.1. Organização/conflitos.....	48
2.7.2. Morbidade –A LER/DORT e o Estresse.....	52
2.7.3. Composição da Multifatorialidade dos riscos na determinação do processo saúde-doença dos bancários.....	52
3. Metodologia	56
3.1. Seleção da amostra.....	56
3.2. Desenho da amostra.....	57
3.3. População-alvo.....	57
3.4. Instrumentos de coleta dados.....	59
3.5. Controle de Bias.....	61
3.6. Plano e análise estatística.....	61
4. Análise dos dados	62
4.1. Caracterização da população por gênero e faixa etária.....	62
4.2. Análise da função exercida	63
4.3. Avaliação dos fatores de riscos à saúde	64
4.4. Estudo das variáveis referentes à saúde ocupacional	65
4.5. Avaliação dos afastamentos por motivo de doença	69

4.6.	Avaliação dos distúrbios ósteomusculares relacionados ao trabalho.	74
4.7.	Avaliação médica dos distúrbios ósteomusculares relacionados ao trabalho.	77
4.8.	Conclusões do médico examinador quanto aos distúrbios ósteomusculares relacionados ao trabalho.	82
4.9.	Estudo das fases da DORT.	83
4.10.	Avaliação das fases de estresse	84
4.11.	Relação entre as fases de estresse e o estadiamento da DORT.	89
	5. Discussão	91
	6. Conclusão	96
	7. Referências bibliográficas	102
	8. Anexos	109
	Anexo A: Registro de acompanhamento.....	
	Anexo B: Teste de LIPP.....	
	Anexo C: Avaliação de distúrbios osteomusculares.....	
	Anexo D: Avaliação médica de distúrbios osteomusculares.....	
	Anexo E: Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.....	
	:	

RESUMO

As novas realidades do mundo do trabalho no setor de serviços, não têm sido analisadas amplamente, apesar da sua importância na economia mundial hoje. O impacto das transformações aceleradas no trabalho bancário com a introdução de mudanças no sistema financeiro tem sido pouco estudado. Estas mudanças que repercutem no processo de trabalho geram uma ação combinada de fatores de riscos que resultam em inúmeros agravos e doenças. A *LER/DORT* representa um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil e em outros países, a maneira ímpar de aparecimento e evolução suscita discussões entre técnicos, trabalhadores, seguradoras, empresários e sindicalistas confirmando a carga de interesses econômicos, políticos, ideológicos e individuais que cercam as questões de saúde resultantes do trabalho. Os sintomas de *Estresse* vêm sendo reconhecidos como importante instância na patogenia, no desencadeamento e na evolução de distúrbios psíquicos. No entanto, há poucos estudos que avaliam concomitantemente esses dois grupos de doenças (*Estresse e LER/DORT*). Trata-se de um estudo de corte transversal, comparando-se proporções, com análise estatística através de testes não paramétricos, em 682 trabalhadores de um banco público na cidade do Recife, no ano de 1999. O objetivo geral é avaliar possíveis associações entre as fases do *Estresse* e as fases referentes aos *Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*. Os resultados evidenciam que: 1- Embora o trabalho seja motivador para a maioria dos indivíduos, foi alta a frequência de queixas por carga excessiva de trabalho; 2- Foi importante o número de referências de desconforto no local de trabalho; 3- A terceira causa mais freqüente de afastamentos por motivo de saúde, no ano de 1999, foi provocada por *Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo*, representando 11,5% dos afastamentos; 4- Os sinais e sintomas clínicos mais importantes foram: dor de tipo persistente e aumento de volume observado na cintura escapular (ombro e pescoço); 5- Foi alta a frequência de indivíduos que permanecem trabalhando apesar da sintomatologia; 6- 41,4% dos indivíduos sintomáticos estão enquadrados nas fases 1, 2 e 3 da *DORT*; 7- A pontuação Insignificante para o *Estresse* se mostrou a mais prevalente em todas as funções, no entanto, o percentual mais expressivo da *Fase de Exaustão* está entre aqueles que têm Cargos Administrativos não Comissionados; 8- Os indivíduos com *Pontuação Insignificante* para *Estresse*

referiram menos queixas osteomusculares, enquanto que aqueles na fase de *Exaustão* queixam-se de dores com maior frequência; 9- Há evidências de que na ausência de risco para *Estresse* também são reduzidos os casos de *DORT*; 10- Para a *Pontuação Insignificante* de *Estresse* não houve caso de *DORT* fase 3; 11- Trata-se de uma categoria profissional que apresenta riscos diferenciados segundo gênero, idade e atividade ocupacional para o desenvolvimento de *DORT* e *Estresse*, e estas duas condições nosológicas participam de forma interdependente no processo fisiopatológico de cada uma; 12- Faz-se necessário uma política de recursos humanos que melhore as condições de trabalho a nível das sobrecargas bem como das condições ergonômicas do trabalho.

Palavras chaves: LER/DORT; ESTRESSE; BANCÁRIOS; SAÚDE DO TRABALHADOR; DOENÇAS DO TRABALHO.

ABSTRACT

The new realities of the work world in the sector of services hasn't been analysed largely, in spite of its importance in the world economy nowadays. The impact of the accelerated changes in the work of a bank with the introduction of changes in the financial system, automatic and international capital have been studied little. These changes that rebound in the process of work generates a combined action of risk factor that results in innumerable injuries and diseases. The *LER/DORT* represents one of the most polemic groups of occupational diseases in Brazil and in other countries, the unique way of appearing and evolution of them brings up discussions between technicians, workers, insurances, enterprizes and syndicalists confirming the charge of economic, political, ideological, and individual interests that surround the health questions resulting of work. The *Stress* symptoms are being recognised as an important instance of pathogenicity, in the development and evolution of the psychical disturbs. Nevertheless, there are few studies that evaluate concomitantly these two groups of diseases. It treats about a study of transversal cut, comparing proportions, with statistic analysis through non paramedic tests, in 682 workers from a public bank in the city of Recife, in 1999. The general objective is to evaluate possible associations between the phases of *Estresse* and the referring phases to *Osteomusculares Riots Related to the Work*. The results evidence that: 1- However the work is being motivating for most of the individuals, it was the high frequency of complaints for excessive amount of work; 2- It was important the number of references about discomfort at the place of work; 3- The third more frequent cause of removal by means of health, in the year of 1999, was provoked by the Diseases of the Osteomuscular System and of the Conjunctive Tissue, representing 11.5% of the removals; 4- The most important clinic signals and symptoms were: the persistent pain and the increase of volume observed in the waist scapular (shoulder and neck); 5- It was high the frequency of individuals that goes on working despite of the symptomatology; 6- 41.4% of the symptomatic individuals are fitted in the phases 1. 2 and 3 of *DORT*; 7- The Insignificant Punctuation for the Stress appeared the most prevalent at all functions, nevertheless, the most expressive percentage of the exhaustion phase is among those ones who have Administrative non Commissioned Post.; 8- The individuals with an Insignificant Punctuation for the Stress refered less osteomucular complaints, while that the ones with exhaustion complain about

aches more frequently; 9- There are evidences that in the absence of risk for the *Stress the DORT* cases are reduced, too; 10- For the insignificant level of *Stress* there was not *DORT* case level 3; 11- This treats about a professional category that presents differentiated risks according to the gender, age and professional activity to the development of *DORT and Stress*, and these two nosologic conditions participate in an interdependent way in the physiopathologic process of each one; 12- It becomes necessary a human resource politics that makes better the conditions of work in relation to the excessive amount of work as well as the ergonomics conditions of work.

Key words: LER/DORT; STRESS; BANK WORKERS; WORKERS HEALTH; WORK DISEASES.

LISTA DE SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTB	Ministério do Trabalho
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PDV	Programa de Desligamento Voluntário
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNDP	United Nations Development Programme

LISTA DE TABELAS

1.	Causas de não realização do exame periódico de saúde entre bancários da amostra selecionada.	56
2.	Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis faixa etária e gênero.	62
3.	Distribuição dos bancários segundo a análise da função atual.	63
4.	Distribuição dos indivíduos segundo a avaliação de riscos	64
5.	. Distribuição dos indivíduos segundo variáveis relativas à saúde ocupacional.	65
6.	Distribuição dos indivíduos segundo a função e o grau de motivação	66
7.	Distribuição dos indivíduos segundo a função e o clima organizacional	66
8.	Distribuição dos indivíduos segundo a função e o volume de serviços	67
9.	Distribuição dos indivíduos segundo a função e sintomas de doenças relacionadas ao trabalho	68
10.	Distribuição dos bancários que estavam afastados por motivo de doença, segundo a classificação internacional de doenças – CID-10.	69
11.	Distribuição dos indivíduos por gênero e afastamentos por motivo de doença, segundo a Classificação Internacional de Doenças/ CID -10.	70
12.	Média e desvio padrão do número de dias de afastamento do trabalho por CID	71
13.	Distribuição dos indivíduos afastados por motivo de doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	72
14.	Distribuição das causas de afastamento do trabalho por licença médica entre indivíduos que não realizaram o exame periódico previsto.	73
15.	Sintomas presentes e persistentes nos últimos seis meses	74
16.	Avaliação da percepção dos trabalhadores em relação à causalidade dos sintomas e a função exercida.	75
17.	Relação das condutas adotadas no início dos sintomas	76
18.	Presença de sintomas osteomusculares segundo o gênero	77
19.	Presença de sintomas osteomusculares segundo faixa etária	77
20.	Relação dos sintomas referidos na anamnese e relação com o repouso	78
21.	Distribuição dos achados no exame físico-Inspeção	79
22.	Distribuição dos achados no exame físico- Palpação	80
23.	Distribuição dos achados no exame físico-Mobilização	81
24.	Distribuição dos achados no exame físico- Sinais neurológicos.	82
25.	Distribuição segundo os sintomas/sinais apresentados e sua relação com a função exercida	82
26.	Distribuição dos indivíduos segundo o estadiamento da DORT	83
27.	Distribuição dos indivíduos segundo o estadiamento da DORT e a presença de dores osteomusculares	83
28.	Distribuição dos bancários segundo o estadiamento da DORT e o gênero.	84
29.	Distribuição dos indivíduos segundo as fases do estresse	84
30.	Distribuição segundo as fases do estresse e o gênero	85
31.	Distribuição segundo as fases do estresse e a função.	86
32.	Distribuição segundo as fases do estresse e o clima organizacional	87
33.	Distribuição segundo as fases do estresse e o volume de serviços.	87
34.	Distribuição segundo fases do estresse e sintomas de doenças relacionadas ao trabalho	88
35.	Distribuição segundo fases do estresse e a presença de dores osteomusculares.	89
36.	Distribuição segundo as fases do estresse e as fases da DORT	90

1. INTRODUÇÃO

"Milênio vai, Milênio vem, a ocasião é propícia para que os oradores de inflamado verbo discurssem sobre os destinos da humanidade e para que os portavozes da ira de Deus anunciem o fim do mundo e o aniquilamento geral, enquanto o tempo, de boca fechada, continua sua caminhada ao longo da eternidade e do mistério." (Galeano,1999) .

Neste fim de século observamos perplexos a rapidez com que chegam ao nosso alcance, incorporando-se ao nosso cotidiano, os resultados dos avanços da tecnologia e das ciências. Testemunhamos também as limitações do projeto moderno, centrado na racionalidade, na técnica e na ciência, para resolver problemas fundamentais da humanidade. Mesmo cientes de que a avalanche de números banaliza os problemas e oculta o sofrimento humano, vale ressaltar que mais de um bilhão de pessoas vivem em pobreza absoluta, 900 milhões de adultos são analfabetos, 100 milhões de pessoas não têm casa, 150 milhões de crianças menores de cinco anos são desnutridas. (UNDP, 1990).

Assistimos ao avanço da globalização da economia, que leva a terceirização de serviços, privatizações de grandes empresas, e o aumento do desemprego que enfraquece o poder das Nações, e a existência de cada indivíduo. Todavia, é a velocidade das transformações o elemento de maior destaque nestes novos caminhos a serem percorridos. No plano social e político, o mundo nunca ficou tão parecido e ao mesmo tempo, tão desigual. É a era da globalização do desemprego, da pobreza, da precarização das condições de vida e trabalho, da exclusão social. (Franco, 1997).

Em geral, as discussões sobre globalização se enquadram em duas grandes vertentes: a) superação da sociedade capitalista moderna, apontando a existência de uma sociedade pós-industrial e ou pós-moderna, nas quais estão em construção novas estruturas econômicas, sociais e políticas de conteúdo essencialmente global e não mais nacional; b) a realidade essencial da sociedade capitalista moderna não mudou, o sistema capitalista sempre foi internacional e global e, sendo assim, a globalização não pode ser encarada como novidade, muito menos como ruptura. (Druck & Franco, 1997).

Apesar da forma imprecisa que ainda predomina sobre o debate do tema Globalização e o caráter meramente econômico que conduz as discussões, vários

campos de pesquisas procuram entender este momento da nossa história, incluindo as questões ambientais, conforme nos informa Rigotto (1998):

{...} Há ainda os problemas gerados pela sociedade urbano-industrial, como efeito estufa, a destruição da camada de ozônio, as chuvas ácidas, a produção de milhares de poluentes da água, do solo, e do ar, o acúmulo de lixo tóxico, a exploração intensiva de recursos naturais não-renováveis, que colocam sob ameaça a sobrevivência do planeta.

A Globalização é um elemento estrutural do capitalismo, que nasceu com os princípios do livre fazer e do livre passar. O que se presencia hoje é o livre passar levado a nível planetário. Observamos uma tendência à concentração de grandes capitais através das empresas transnacionais e dispersão de pequenos capitais. Temos como característica marcante a preponderância do capital financeiro em detrimento do capital produtivo, provocando expressivas conseqüências à produção e ao emprego. Em conseqüência da globalização e em resposta às mudanças na produção de produtos e serviços, são criados mega-mercados como, por exemplo, o Mercado Comum Europeu, Mercosul, e outros, caracterizados por empresas intensamente competitivas que buscam a excelência na qualidade dos produtos e serviços em relação às concorrentes. (Firpo, Mattos & Freitas, 1998).

No âmbito da produção e do trabalho, podemos citar as seguintes transformações: reorganização e conversão dos ramos industriais; novos padrões de gestão, organização e relações de trabalho e da produção; novas tecnologias e enfraquecimento da representação coletiva dos trabalhadores. Nessa direção nos afirma Druck & Franco (1997):

A combinação das novas tecnologias de informática e telecomunicações a serviço do capital financeiro gerou um fenômeno próprio desta era: o capital volátil, capaz de inundar de lucros um país e arrasá-lo em pouquíssimo tempo.

A necessidade de dar sustentação aos dois primeiros elementos estruturais do capitalismo: globalização e reestruturação produtiva incrementam as investidas no sentido de garantir a desregulamentação dos Estados para propiciar a desejada autonomia do mercado. Surge então, o neoliberalismo, um novo modelo

de Estado, que antagoniza o Estado de Bem Estar Social, dominante no pós-guerra. É ainda esse mesmo autor que nos afirma:

O neoliberalismo busca a redução das interferências do Estado na economia, atingindo desta forma, as relações de trabalho e as garantias sociais. Hoje, a despeito da visão ortodoxa de que o desemprego é estrutural para o capitalismo, verifica-se de fato, o crescimento econômico dos países sem o desenvolvimento de políticas de emprego, provocando uma maior exclusão.

Estas transformações no mundo do trabalho decorrentes das transformações estruturais do modelo capitalista se dão em meio às condições subjetivas e objetivas determinadas historicamente desta forma, devem ser avaliadas conforme as especificidades regionais e dos países.

Os planos macroeconômicos e macro-sociais são as matérias fundamentais para avaliar a dinâmica e funcionamento das empresas e organizações. Este referencial possibilita a compreensão da lógica da produção, acumulação de capital e formas de organização da atividade econômica, que determinam processos produtivos diversos. As características do mercado de trabalho, a natureza e grau de interferência do Estado nas políticas públicas e nas relações de trabalho, se refletem no âmbito das empresas. (Matos et al, mimeo).

Os países periféricos como o Brasil, sofrem pressões intensas para viabilizar medidas político-econômicas e sociais, de caráter recessivo, que respondam aos interesses do mercado internacional e garantam o fluxo de capital daqueles países. Para o Brasil, uma das medidas é a garantia do Estado Mínimo, que compromete seu papel na formulação de políticas sociais, planejamento e regulação, ao adotar medidas de contenção de gastos públicos, privatização de empresas públicas, liberalização dos fluxos de comércio e investimentos.

O risco da perda da capacidade do Estado de promover políticas sociais de redistribuição, associada à perplexidade em que se encontra a sociedade, os trabalhadores e suas representações, passando para a iniciativa privada esse papel, agravará ainda mais a exclusão social, tornando mais dramáticas as condições de vida, trabalho e saúde da população. (Matos et al, mimeo).

A década de 90 é considerada por alguns autores como a época das epidemias da competitividade, da qualidade e da produtividade. Segundo Druck & Franco (1997):

No Brasil, estas tendências promovem a implementação de duas práticas de gestão: Programas de Qualidade Total e a Terceirização. Estes dois modelos originariamente japoneses ganham em nosso país características específicas, como sua expansão para todos os setores econômicos periféricos (serviços) e também os centrais (produção).

O processo de terceirização brasileiro é analisado sob dois enfoques: primeiro, em sintonia com os movimentos internacionais, em busca da produtividade, qualidade, competitividade e transferência de tecnologia e políticas de gestão para as empresas contratadas; segundo, onde a prioridade é a redução de custos, despreocupação com a qualidade dos produtos e serviços e forte tendência a precarização das relações de trabalho(Druck & Franco, 1998).

No Brasil, embora a terceirização assuma características gerais para garantir os níveis de produtividade e de redução de custos, já se pode considerar como danosa à sociedade, e em especial aos trabalhadores terceirizados. A fragmentação da classe trabalhadora e diversidade das formas de inserção no mercado de trabalho, em consequência à reestruturação produtiva fazem surgir segmentos de trabalhadores com perfis e qualidade de vida muito diferenciados, tais como: empregados das empresas de ponta; empregados terceirizados; trabalhadores do mercado informal e os excluídos (Rigotto, 1998).

No processo de terceirização, onde o Estado não atua em defesa dos interesses sociais, o que se observa é a precarização das relações e condições de trabalho, descumprindo-se os direitos básicos garantidos pela legislação trabalhista. Estabelece-se uma relação unilateral onde não há possibilidade de negociações por melhorias salariais ou benefícios sociais, além disso, não existe o compromisso recíproco com a qualificação e a qualidade dos serviços. Estas condições são aceitas, pelos trabalhadores por medo da perda do emprego que os levaria à condição de excluídos. Esta é uma característica de economias onde ocorre a desregulamentação progressiva do Estado, e ressalta a tendência a uma maior exclusão social. (Rigotto,1998).

Para os trabalhadores das empresas que sofrem processo de enxugamento e privatização e que buscam garantir sua fatia do mercado, há um novo elenco de exigências que visam responder ao novo perfil gerencial, tais como: a permanente capacitação e as múltiplas aptidões. Além disso, surgem elementos antes não vivenciados como o medo da demissão e a necessidade de provar a importância de seu trabalho de forma individualizada, o que favorece o

aparecimento de distúrbios afetivos e emocionais. Aqueles trabalhadores que ainda não estão se confrontando com a realidade da privatização das empresas para as quais trabalham, têm pairando sobre suas cabeças o medo do que possa vir a ocorrer, a incerteza diante do futuro, e o sentimento de impotência diante de tais possibilidades.

É de fácil observação que este processo de “modernização”, vem ocasionando sérias mudanças nos ambientes produtivos, com repercussões nos modos e nas condições de trabalho, nas relações de produção e na capacidade de resistência dos Trabalhadores.

Muito se estuda sobre esta nova realidade, porém a maioria prioriza o setor industrial. O setor de serviços incluindo a atividade bancária, não tem sido analisado de forma mais ampla, apesar da sua importância na economia mundial hoje. O impacto destas transformações no trabalho bancário com a introdução das mudanças no sistema financeiro, com o capital autonomizado e internacionalizado, tem sido pouco estudado, não obstante, ser a transformação do dinheiro em capital produtor de juros seu objeto de trabalho. (Jinkings, 1998).

Ao reconhecer as grandes reformulações no mundo do trabalho, torna-se imprescindível desvendar as repercussões que elas trazem à saúde dos indivíduos que estão inseridos nos variados ramos de produção. A Medicina Social coloca a Saúde do Trabalhador, como resultado de processos e políticas sociais, e não mais como um simples indicador do impacto do trabalho no corpo do trabalhador, surgindo a necessidade de constituí-la como objeto científico.

1.2. QUESTÕES CENTRAIS DO ESTUDO

- Que elementos do processo de trabalho na atividade bancária estão associados ao *Estresse e Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*?
- Os trabalhadores que se encontram nas fases mais elevadas de *Estresse* são também aqueles que se encontram nas fases mais elevadas dos *Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*?

1.3. HIPÓTESE

- Existe uma associação entre as fases do *Estresse* e as fases dos *Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*, entre bancários da Cidade do Recife.

1.4. OBJETIVO GERAL

- Avaliar possíveis associações entre as fases do *Estresse* e as fases referentes aos *Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*.

1.4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as possíveis associações entre o processo de trabalho dos bancários e o desenvolvimento de *Estresse e Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT*;
- Descrever a sintomatologia *Osteomuscular Relacionada ao Trabalho*;
- Identificar as fases do *Estresse e Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT* nesta população;
- Conhecer a prevalência dos afastamentos do trabalho por *Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 – F99)* e *Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00 – M99)*, entre indivíduos da população alvo, bem como o tempo médio de afastamento;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“O homem é parte da natureza e se adapta às modificações ambientais, contudo junto a outros homens, implementa seu caráter criador e social, modificando a natureza, garantindo a sobrevivência, expansão e evolução da espécie, que se iniciou no período neolítico e prossegue até os dias de hoje, constituindo a nossa história. De fato as relações homem-natureza se modificam no tempo tornando-se mais profundas e complexas” (Rigotto, 1998).

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho são resultantes da ação combinada de vários fatores de riscos, incluindo o contexto social onde a pessoa vive, mora, trabalha, se diverte e sofre, além de estarem associados à percepção da realidade individual. Muitos sociólogos e psicólogos acreditam que a *LER/DORT* é, principalmente, a manifestação somática das angústias vividas nesta nossa era conturbada, marcada pelo medo do desemprego, da violência e da falta de perspectiva de realização pessoal. (Nicolletti, 1999).

A *LER/DORT* representa um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos. A maneira de aparecimento e evolução da doença suscita discussões entre técnicos, trabalhadores, seguradoras, empresários e sindicalistas, o que ressalta a carga e diversidade de interesses econômicos, políticos, ideológicos e individuais que cercam as questões de saúde do trabalhador. O alto custo social pode ser mensurado pela grande variedade de atividades e condições de trabalho que podem causar *LER/DORT*, levando a danos psicológicos e sociais e conseqüente redução da produtividade e qualidade dos serviços (Informática Exame, 1997).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos pelo escritório de estatísticas do trabalho calculam que os gastos com indenizações por afastamento de trabalho entre as empresas americanas chegam a 2,1 bilhões de dólares anuais. Os custos com a perda de produtividade alcançam 100 milhões de dólares a cada doze meses. De cada 100 casos de afastamento, 65 são atribuídos às Lesões por Esforços Repetitivos. A cada dia 1000 novos casos são registrados nos postos de saúde (Informática Exame, 1997).

A temática relacionada a *LER* no Brasil ganha importância e repercussões no final da década de 80, quando as organizações sindicais de trabalhadores observam um grande número de queixas relacionadas ao *Sistema Osteoarticular e Muscular*, e estabelecem junto a profissionais de saúde um movimento para o reconhecimento legal da *LER*. A previdência social brasileira em 1987 reconheceu

a *LER*, que tem sido, nos últimos anos, a doença ocupacional registrada mais prevalente. (INSS, 1997).

O aumento de casos das doenças ocupacionais registradas no Brasil a partir de 1992 se deu à custa de *LER/DORT*. Conclui-se que o problema da incidência de quadros sintomáticos músculos esqueléticos, constitui um fenômeno universal, de grandes proporções, e em franco crescimento. (Assunção, 1995).

A temática Saúde Mental/Trabalho tem originado copiosa produção científica, pela relevância que vem adquirindo, entretanto, não existe, consenso que permita uma classificação dos distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho.

Apesar das determinações coletivas do distúrbio psíquico, se considera que estes se articulam a modos individuais de responder, interagir e adoecer (Silva & Jardim, 1997).

Sabe-se que dentro de uma mesma população, é possível reconhecer a diversidade de formas de reagir a uma mesma situação. No trabalho, esta verdade repete-se, pois cada indivíduo traz consigo sua história genética, as marcas das vivências físicas e mentais, sua forma de viver e seus costumes, que têm uma representação no momento em que é inserido no contexto da produção. (Wisner, 1997).

O sofrimento psíquico surge no bojo da relação de conflito entre a necessidade de prazer do indivíduo e a organização que busca instituir um automatismo perfeito na tentativa de adaptar o trabalhador a um modelo de máquina. (Dejours, 1980).

Muitos aspectos das organizações provocam reações perigosas, próprias de cada pessoa, assim é importante conhecer estas reações que se apresentam de maneiras peculiares e diversificadas necessitando de uma abordagem diferenciada, todavia, podem expressar-se sob a forma de síndromes reconhecidas pela psiquiatria. O trabalho pode significar satisfação, desenvolvimento de potenciais pessoais e coletivos. Em tais situações, se constitui em fonte de bem estar e vitalidade, favorecendo, assim, a harmonia psicossomática. Mas o trabalho também pode estar estreitamente ligado ao desenvolvimento de transtornos que se expressam em termos psicossociais, psicossomáticos ou psiquiátricos. (Silva Filho, 1993).

Embora vários fatores, como idade, gênero, antropometria, diferenciações anatômicas e genéticas, distúrbios inflamatórios generalizados, doenças neuromusculares e metabólicas perturbações da personalidade e problemas

psiquiátricos, neoplasias, álcool e tabaco, possam aparecer estatisticamente e de modo positivo associados a *LER/DORT*, não tem sido estabelecidas, até o momento, relações de causalidade ou com causalidade deles com a *LER/DORT*, com base em métodos científicos consensualmente aceitos. (Ribeiro, 1997).

Nessa mesma direção, nos afirma Nicoletti (1999):

Toda sociedade tem um grande desafio, encontrar uma forma de viver na qual a percepção das necessidades econômicas se equilibre com a convicção de que os avanços tecnológicos e o trabalho, só têm sentido se forem colocados a serviço do bem estar da humanidade.

2.1. SAÚDE E TRABALHO: UM NEXO INDIVISÍVEL

O trabalho, na atualidade, reveste-se de muitos significados a depender da ciência que o traz como enfoque: Biologia, Física, Ciências Sociais, dentre outras.

Consultando o dicionário, podemos situar o trabalho como: a aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; ação contínua e progressiva dum força natural, e o resultado desta ação. (Buarque de Holanda, 1988).

Para Marx, o trabalho é a ação dos homens sobre a natureza, transformando-a intencionalmente.

As várias escolas clássicas da teoria social encontram na categoria trabalho o elemento central para a compreensão das sociedades contemporâneas, até o momento entendidas como “sociedade do trabalho”. É o que se encontra em Marx, Dukheim e Weber. Trazer o trabalho para o cerne da explicação das regularidades sociais não significa aderir a uma única perspectiva de análise. Tanto assim é que, enquanto para Marx o trabalho gera conflito, para Dukheim ele é fonte de solidariedade e de coesão sociais. (Cohn & Marsiglia, 1994).

O reconhecimento da relação saúde e trabalho data da antiguidade, o que muda na história é a forma de apreender esta relação e lidar com ela. Ignorá-la como campo de investigação e intervenção é prática comum, até quando seus efeitos se tornam lesivos aos interesses da produção ou gerarem conflitos e resistências por parte dos trabalhadores. (Gomez et al, 1992).

O processo de transformação da natureza pelos homens e suas conseqüências para saúde, sofreu grandes modificações no decorrer da história, até chegar ao capitalismo que vivenciamos. Na Antigüidade, já se encontram relatos de doenças advindas do trabalho. Os escritos de Hipócrates sobre a intoxicação saturnina em um mineiro, possibilitam estabelecer o nexo com a atividade laboral. Mas já naquele momento a relação saúde-doença e trabalho não fazia parte das preocupações dos estudiosos da época, visto que a força produtiva era composta por pessoas advindas de nações subjugadas e escravizadas. A idade média, marcada pelo valor atribuído aos metais preciosos, fomentou observações quanto ao estado de saúde das pessoas envolvidas na extração mineral (Mendes, 1995).

Esta importância atribuída aos metais, prolonga-se por outros períodos históricos, perpetuando os riscos à saúde. Desta forma, na idade moderna encontramos os relatos de Georgius Agrícola (1556), que após o estudo de aspectos relacionados à extração e fundição de metais, dá destaque a “asma dos mineiros, cuja descrição dos sintomas e a rápida evolução sugerem tratar-se de silicose, eventualmente acompanhada de câncer de pulmão”. (Mendes, 1995).

Em 1700 foi publicado o Livro de Bernardino Ramazzini: *De Morbis Artificum Diatriba*, obra fundamental para a patologia do trabalho, onde são descritas as doenças que ocorrem em 50 diferentes ocupações da época. Ramazzini propõe aqui, acrescentar-se às investigações médicas a pergunta: Qual é a sua ocupação? (Mendes, 1995).

Entre 1760 e 1850 desenvolve-se a fase histórica onde se tornam mais ressaltadas as conseqüências das más condições de vida e trabalho à saúde, pois nesse período, com a Revolução industrial, estabelece-se numa maior amplitude o modo de produção capitalista, que proporciona uma alteração profunda nas relações homem-natureza e homem-homem, porque neste modelo apenas parte da sociedade apropria-se dos meios de produção em detrimento da maioria que tem parte de seu trabalho revertido em mais valia. (Mendes, 1995).

No capitalismo ao longo de sua evolução foram estabelecidos alguns modelos de processos de trabalhos hegemônicos que dessa forma favorecem perfis de morbimortalidade diferenciados. Marx aponta para os modelos de cooperação simples, manufatura e maquinária, enquanto Freyssenet acrescenta ainda, a automação. Pode-se afirmar categoricamente que o trabalho em si não é gerador de doenças, porém a forma como este se organiza, como se dão seus

processos e suas relações é que podem torná-lo nocivo e perigoso. (Cohn & Marsiglia, 1994)

A cooperação simples é baseada no ofício, o trabalhador executa tarefas similares aos artesãos, concebendo e executando o trabalho. Ao dono dos meios de produção é facultado o direito de dispor dos bens e da força de trabalho comprado por ele ao trabalhador. O processo de trabalho é livre, no entanto há um controle direto sobre o trabalhador para aumentar a produção. As principais fontes de adoecimento advêm da dispensa de grande esforço físico, aumento da jornada de trabalho e contato com algumas matérias primas e insumos nocivos. (Cohn & Marsiglia, 1994).

No momento da manufatura ocorre a decomposição do processo de trabalho em tarefas parcializadas realizadas agora por trabalhadores diferentes. Há uma separação entre o conceber e o executar. Possibilita o aumento da intensidade do trabalho, já que diminui os “tempos mortos”, isto é, tempos que o trabalhador abandona uma tarefa para fazer outra. Alguns trabalhadores têm o conhecimento de todo processo de trabalho, mas a maioria se desqualifica porque concentra suas ações em poucas atividades e de forma parcial. Aqui ocorre um maior controle do processo de trabalho pelos donos dos meios de produção. A morbidade é determinada agora pela concentração de grupos de trabalhadores em poucas atividades, limitando sua mobilidade e introduzindo a monotonia e a repetição. A ruptura entre concepção e execução repercute no equilíbrio psíquico do trabalhador. (Cohn & Marsiglia, 1994).

No processo de trabalho onde o uso de maquinaria é hegemônico, dá-se a substituição das ferramentas artesanais e da força humana pelas máquinas. Aprofunda-se a separação entre concepção e execução do trabalho que agora é desenhado segundo as operações da maquinária. Há dificuldades no conhecimento da totalidade do processo. Neste momento cria-se a remuneração por volume de produção, levando os trabalhadores a aumentar voluntariamente o seu ritmo de trabalho. (Cohn & Marsiglia, 1994).

Surge também o trabalho em turnos numa estratégia para recuperar os grandes investimentos de capital na maquinária aumentando a produção. Se o gasto calórico agora é menor, surgem outros fatores de desgaste: o predomínio dos movimentos estereotipados e repetitivos, o trabalho por turnos causando alterações no ciclo circadiano, com repercussões sobre a vida social e familiar do trabalhador, além das doenças gastrintestinais, sexuais e distúrbios do sono.

Aumentam os riscos físico-químicos, intensifica-se o ritmo de trabalho, e as técnicas tayloristas, fayolistas e fordistas de gestão provocam a fadiga física e mental. (Cohn & Marsiglia, 1994).

Finalmente na automação ocorre uma redução acentuada da participação da força de trabalho no processo de produção restringindo-se praticamente à vigilância do processo de produção. Aumenta porém, o número de trabalhadores qualificados para as tarefas de manutenção. A automação, através das formas de organização do trabalho favorece a imobilidade, associada à monotonia e à exigência de grande concentração, gerando situações de grande tensão. (Cohn & Marsiglia, 1994).

A redução da exigência de esforço físico vem acompanhada, assim, de significativo desgaste psíquico do trabalhador expresso em sintomatologia de fadiga, estresse e demais patologia psicossomáticas e nervosas (Cohn & Marsiglia, 1994).

O processo de produção capitalista é composto de dois elementos fundamentais: o processo de valorização através da produção de mais-valia e o processo de trabalho para produção de bens. No capitalismo a estratégia para estabelecer o processo de valorização antecede a constituição do processo de trabalho. Estes processos se definem a partir da concorrência intercapitalista em busca do lucro e pela luta entre seus dois componentes: o capital e o trabalho. (Laurell & Noriega, 1989).

É certo que em cada fase histórica um tipo de processo de produção tende a predominar, no entanto coexistem várias formas num mesmo país de entender a relação saúde-trabalho é necessário decompor o processo de trabalho nas suas três principais vertentes; o objeto de trabalho; os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho, avaliando cada componente pela lógica técnica e social e posteriormente agregando-os para entender sua lógica e dinâmica. Apesar de cada processo ser único, é possível agrupar características comuns que demonstram sua evolução histórica. (Laurell & Noriega, 1989).

É na Inglaterra da revolução industrial, onde a preocupação com o possível comprometimento da produção, dada às precárias condições de trabalho e de sobrevivência dos primeiros trabalhadores industriais, que deu origem a inúmeras doenças transmissíveis, acidentes e doenças ocupacionais, que a força de trabalho se torna um objeto da Medicina. (Gomez et al, 1992).

A inserção diferenciada nos processos produtivos determina formas desiguais de adoecer, pois acrescenta uma carga a mais de riscos à saúde além daqueles já compartilhados pela população em geral, submetida às mesmas condições de vida. No ambiente de trabalho, nas condições e organização do trabalho, ocorrem situações que determinam cargas diversas que afetam os trabalhadores em conjunto e individualmente.

2.2. DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS AOS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO

“Eu me sinto aleijada. Não agüento olhar para as minhas mãos e ver os meus dedos tortos, as palmas das mãos afundadas. Depois de tentar por três vezes o retorno ao trabalho e o CRP não conseguir me arrumar nenhum treinamento que não agravasse o meu quadro, fui aposentada em 1989.” (Aposentada aos 29 anos... por invalidez) (Assunção & Rocha, 1993).

Data de muito tempo, inclusive de antes da Revolução Industrial, o conhecimento de que movimentos abruptos, grandes esforços e o trabalho braçal causam lesões ósseas, articulares e musculares. Também é verdade que é antigo o saber da relação entre esforços leves, repetitivos e contínuos e essas mesmas lesões, principalmente de membros superiores. Há trezentos anos, Ramazzini já descrevia o trabalho de artesãos e escribas, caracterizado por movimentos repetitivos, leves, sobrecarga dos membros superiores e necessidade de atenção: Doenças dos Escribas e Notários: “Os escribas e notários eram, geralmente servos ou escravos libertados. Com o nome de notários, são aqueles que por meio de pequenas notas se distinguiram pela arte de escrever com velocidade”.

Ramazzini em 1700 citava: Investiguemos, pois, as doenças a que estão expostas tais operários. Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores *nas somas*, restos ou outras operações aritméticas. Esses operários carecem dos benefícios que um moderado exercício promove, mas a que não se podem dedicar, ainda que queiram, pois fizeram contrato e precisam cumprir sua jornada de escrita.

A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão. Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda sua vida escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pôde melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda; porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a mesma doença. “Em verdade martiriza os operários o poderoso e

tenaz esforço do ânimo, necessitando para seu trabalho grande concentração de todo o cérebro, contenção dos nervos e fibras” (Ramazzini, 1700).

Após 1950, a demanda da força muscular bruta para a produção industrial foi paulatinamente convivendo com as exigências de trabalho, onde os movimentos passam a ser leves, repetitivos e em ritmo elevado. Esta mudança ocasionou alterações no perfil de morbidade dos trabalhadores. As lesões advindas de movimentos de força eram rapidamente reconhecidas pela gravidade e mutilações provocadas, no entanto as resultantes dos esforços leves se instalavam de forma mais sutil, insidiosa, porém não menos graves.

Na segunda metade do século XX, a exigência de destreza das mãos que estava restrita a algumas categorias de trabalhadores passa a se expandir para a maioria das atividades econômicas, expondo número cada vez maior de pessoas às lesões, tornando-se um problema de saúde pública.

Conceitualmente podemos observar diferenças entre a *LER* e os *DORT: Lesões por Esforços Repetitivos*, que são alterações objetivas que resultam em desgaste muscular, tendinoso, articular e neurológico de origem, ocupacional, que acometem indivíduos que executam tarefas compostas por movimentos continuados ou repetitivos. Atingem preferencialmente dedos, punhos, antebraços, cotovelos, braços ombros, pescoço e regiões escapulares (Nicolletti, 1999).

2.3. BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS

A *LER* supõe que a pessoa esteja lesionada, o termo *DORT* admite que os sintomas (dor, formigamento) podem aparecer nos braços, ombros, cotovelos e mãos, sem que a pessoa esteja instalada a lesão (Nicolletti, 1999).

O conceito de lesão por esforços repetitivos não considera o fato de que a dor que os pacientes portadores de *LER* apresentam pode ser provocada, também, por fatores como o estresse, a fadiga, a depressão (Nicolletti, 1999).

Se lesão significa machucado em um local qualquer do corpo, a recuperação da lesão se dá por cicatrização realizada pelo próprio organismo ou com a ajuda do clínico e do cirurgião. Distúrbio significa que algo não está funcionando bem no nosso corpo e/ou na nossa mente (não dá para separar os dois aspectos porque um influencia o outro). O distúrbio pode estar presente mesmo que o corpo não esteja “machucado”. (Nicolletti, 1999).

“A mudança para o termo *DORT*, significa que pode existir dor sem que exista, obrigatoriamente, um machucado e sem que a pessoa tenha sido “lesionada”. O reconhecimento de que pode existir *LER* sem lesão, não torna menos importante as doenças que compõem o espectro das *LER* e nem exime as empresas da responsabilidade pela saúde de seus funcionários; ele apenas facilita a compreensão dos mecanismos que produzem o sofrimento e permite que se orientem ações mais eficazes que aquelas atualmente em vigor, para o tratamento e a prevenção do problema de saúde pública que elas representam”. (Nicolletti, 1999).

Saúde e doença são estados que dependem da integridade do indivíduo, e de fatores relacionados à sociedade na qual ele vive, mora, trabalha, se diverte e sofre. Nem doença e nem saúde, portanto, podem existir isoladamente, fora do contexto social e da percepção da realidade individual. Os distúrbios associados ao trabalho são dependentes da ação combinada de um grupo de situações, que denominamos fatores de risco, sem os quais a pessoa não fica doente (Nicolletti, 1999).

Sob a óptica das ciências médicas a *LER/DORT* corresponde ao processo inflamatório que acomete os tendões, músculos e nervos que se atritam uns contra os outros, em determinados locais, como punhos e nos ombros, durante a realização de tarefas como a operação de terminais de computador, montagem de peças, deslocamento de pesos, etc. É o resultado da falta ou do excesso de substâncias naturalmente fabricadas pelo nosso organismo. Essas substâncias, conhecidas como hormônios e neurotransmissores precisam ser produzidas em

quantidades suficientes, para regular as inúmeras funções que mantêm a nossa saúde. Mudanças anormais na qualidade de vida e/ou quantidade dessas substâncias, tornariam as pessoas mais suscetíveis ao aparecimento de várias doenças, muitas das quais são acompanhadas por dor (Nicolletti, 1999).

Muitos sociólogos e psicólogos tendem a acreditar que a *LER/DORT* é principalmente, a manifestação somática das angústias vividas nesta nossa era conturbada, marcada pelo medo do desemprego, da violência e da falta de perspectiva de realização pessoal. Esta é uma forma diferente de pensar, agora sob a ótica das ciências humanas (Nicolletti, 1999).

Empresários e sindicalistas muitas vezes entendem a *LER/DORT* a partir de pontos de vista sociais opostos: “manha do trabalhador” ou “bandeira dos sindicatos” respectivamente, enquanto que, para outros elas representam “apenas a ganância do patrão”, “o resultado da exploração do trabalho pelo capital”.

Acredita-se que todas as explicações acima mencionadas representam uma espécie de “meia verdade” que examinada isoladamente à luz dos interesses dos diferentes grupos sociais envolvidos, podem adquirir “status” de verdade. (Nicolletti, 1999).

Poderíamos encontrar dois fatores de risco, comuns a todos os ambientes de trabalho: o ser humano e sua fragilidade pessoal em meio a um modo de organização social ineficaz, no que diz respeito à criação de condições adequadas para um viver sadio. O sofrimento, portanto, faz parte da vida de uma imensa parcela da humanidade, constituída não apenas de pessoas inseridas nos sistemas formais de trabalho, mas também por todos aqueles que, apesar de exercerem atividades de vida diárias não reguladas pelas tradicionais formas de organização capital-trabalho, sentem na própria pele, as conseqüência de uma maneira de viver na qual o respeito pelo próximo, a fraternidade, a segurança e a equipe social são apenas abstrações acadêmicas (Nicolletti, 1999).

Assim, donas de casa, empresários, executivos, atletas, músicos, bailarinos, médicos, enfermeiros, dentistas (a lista é infindável), têm procurado os consultórios médicos, apresentando sintomas exatamente iguais aos dos digitadores e trabalhadores das linhas de montagem. Cabe aos profissionais de saúde, a tarefa de identificar, no indivíduo que adocece e no coletivo, onde o fator de desequilíbrio atua mais fortemente: na dimensão biológica, na emocional ou na social (Nicolletti, 1999).

Hans Seyle (1978) resumiu admiravelmente bem os mecanismos pelos quais tantas pessoas podem adoecer - “a vida é, principalmente, um processo de adaptação às circunstâncias em meio as quais nós todos existimos. O segredo da saúde e da felicidade está no sucesso com que nós conseguimos nos adaptar às infindáveis mudanças que ocorrem no nosso mundo. Quando não conseguimos nos adaptar, ficamos doentes e sofremos” (Nicolletti, 1999).

Portanto, não é apenas a mesa ou a cadeira de trabalho fora dos padrões considerados adequados que contribuem para o aparecimento de sintomas dolorosos nos digitadores e em profissionais de diversas outras áreas. A tensão produzida pelo estabelecimento de prazos, muitas vezes irrealistas, quanto à possibilidade de finalização das tarefas, a presença de ambiente hostil e restritivo, no que diz respeito às possibilidades de crescimento individual e de satisfação de necessidades pessoais (Nicolletti, 1999).

O estresse resultante das mudanças econômicas profundas e ameaçadoras, que colocam em risco o patrimônio e a segurança pessoal e familiar, a expectativa de um enfrentamento esportivo ou artístico, onde perder significa muito mais do que encontrar um adversário melhor... Tudo isso, exerce influência no aparecimento do sofrimento, tantas vezes percebido como dor.

Nós todos temos pela frente um desafio: intensificar as ações ergonômicas centradas no “fator humano” das organizações e encontrar uma forma de viver na qual a percepção das necessidades econômicas, tão enfatizadas no nosso modo atual de viver, se equilibre com a convicção de que os avanços tecnológicos e o trabalho, só têm sentido se forme colocados a serviço do bem estar da humanidade (Nicolletti, 1999).

2.4. DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são desarranjos do sistema muscular, articular e ósseo que provocam dores crônicas nem sempre associadas a lesões, que se manifestam predominantemente no pescoço, cintura escapular e membros superiores, decorrentes do trabalho.

A legislação brasileira que normatiza as condições de trabalho e as ações relacionadas à prevenção e tratamento de pessoas que desenvolvem doenças ocupacionais, vêm sendo mudadas nos últimos anos. Observando-se as especificidades podemos ressaltar algumas ponderações referentes às Normas Técnicas sobre *LER* e *DORT*. O termo *LER*, já amplamente conhecido entre os atores sociais interessados no problema, contém a limitação de colocar como o fator causal determinante, o esforço repetitivo, quando na realidade nem sempre este fator está presente. É conhecido que posturas estáticas e erradas são fatores predominantes. No trabalho em fábricas, a força tem um peso maior que a repetitividade. Neste caso, o termo refere-se a mecanismo da lesão. Desta maneira é proposto o termo *DORT* (INSS, 1998).

A norma também estabelece a importância de se caracterizar a lesão, através do CID; a necessidade de afastamento da exposição e acompanhamento do estado clínico; a diferencia a dor que alivia com a eliminação da exposição (possível fadiga) e a dor persistente (sugestiva de lesão). Tudo isso, requer condutas médico-administrativas reforçadas pela avaliação de incapacidades individuais. Há uma necessidade de vistorias dos postos de trabalho individualmente em detrimento de critérios epidemiológicos. Existe grande destaque na necessidade de caracterização donexo técnico com o trabalho. A vinculação do estabelecimento do direito ao auxílio acidente à real existência de lesões, ou seqüelas constatadas por peritos com expressão anátomo-funcionais e clínicas (INSS, 1998).

2.4.1.FATORES DE RISCO

“O homem, gradativamente, foi construindo um universo distinto do natural no qual foi gerado, a ponto de não mais confrontar-se com essa realidade natural, tendo que, para fazer face às suas necessidades, sair das respostas diretas, ingressar em um emaranhado de respostas diferidas. Assim sendo, um ato de providenciar o alimento, a proteção, não é como estar em seu estado natural. A satisfação de tal necessidade vem por intermédio de uma intervenção cultivada: o trabalho” (Erns & Fontes, 1994).

Inúmeras categorias de trabalhadores podem ser acometidas pela LER/DORT, de fato, todos aqueles expostos aos fatores de risco. Podemos citar: Usuários de terminal de vídeo; profissionais de processamento de dados; trabalhadores na indústria de microeletrônica; trabalhadores em fábricas de pequenos produtos manufaturados ;trabalhadores da indústria de processamento de alimentos; trabalhadores na manufatura de componentes eletrônicos; trabalhadores de escritório; operadores de linha de montagem; carteiros; trabalhadores de empresas de telecomunicações; operadores em outras atividades quaisquer que envolvam esforços repetitivos (Assunção & Rocha,1993).

Considerando a multifatorialidade no processo de adoecimento por *LER/DORT* adotamos um esquema construído pelo Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional que nos parece bastante didático (Nicolletti, 1999).:

2.4.2.FATORES DE RISCOS PESSOAIS FÍSICOS

São aqueles referentes à herança genética, hábitos de vida ou lesões e doenças preexistentes que contribuem para produzir dor:

- Quanto à herança genética podemos citar a laxidão ligamentar que não é uma doença, mas sim uma flexibilidade maior das articulações devido a elasticidade dos ligamentos. A laxidão predispõe à dor;
- Os hábitos de vida sedentários onde indivíduo passa a maior parte do tempo sentado ou inativo e não permite a produção de estímulos suficientes para o bom funcionamento orgânico, levando a menor resistência às doenças, predisposição ao cansaço e dores musculares;
- Lesões pré-existentes. Pessoas que sofreram fraturas ou torções com imobilização prolongada, têm maior predisposição às dores nestas articulações;

- Doenças como reumatismo, osteoporose e doenças hormonais também geram dores articulares e devem ser lembradas quando houver o desempenho de atividades que exigem esforço repetitivo a fim de se estabelecer uma melhor organização do trabalho evitando sobrecargas.

2.4.3.FATORES DE RISCOS PESSOAIS EMOCIONAIS

Há um grande número destes fatores que produzem dores musculoesqueléticas e lesões:

- Mania de trabalho (Workaholismo) - comportamento expresso pelo ato de trabalhar exageradamente, rapidamente e excedendo carga horária, associado à expectativa de reconhecimento e promoção que muitas vezes se converte em processo de sofrimento e depressão, quando não são alcançados.
- Eventos da vida diária - Acontecimentos como a morte ou adoecimento de um parente, separação, ameaça ou perda do emprego, dificuldade financeira... Podem deixar os indivíduos vulneráveis a distúrbios que provocam doenças e sintomas. Estes se potencializam com as tensões no trabalho, que tendem a exacerbar os sintomas, por sobrecarga adicional dos músculos. O estado pode ainda ser agravado com a execução de atividades consideradas de risco.
- *Estresse* - A percepção, reflexão e sentimentos sobre a realidade em que vive, mutante e nem sempre favorável, faz o trabalhador, quando apresenta sintomas, ter medo: medo de perder o emprego, de ficar incapacitado, de morrer socialmente ou de fato. (Ribeiro, 1997).

No livro *Pesquisas sobre Estresse no Brasil* Marilda Lipp (1996), a organizadora, cita: “quanto maior o nível de *Estresse* em um atleta, maior é a sua probabilidade de sofrer *Lesões Osteomusculares*”.

2.4.4.FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS FÍSICOS

São fatores relacionados ao ambiente e processo de trabalho, onde o desempenho da atividade obriga a execução de um mesmo padrão de movimento realizado prolongadamente sem tempo para recuperação funcional. Compreendem também a disposição e o dimensionamento físico dos equipamentos, materiais, fontes de informação, dispositivos de controle e comando, entre outros, em relação à localização do trabalhador no seu posto de trabalho e as dimensões antropométricas dele (Barreira,1989).

- Excessivas horas extras - Ocorre um processo de desgaste do trabalhador pela sobrecarga de trabalho e dificuldade de recuperação da capacidade biopsíquica para o desempenho das atividades;
- Mobiliário inadequado - Promovem a adoção de posturas, visualização e operações impróprias.
- Equipamentos dos postos de trabalho inadequados à natureza do trabalho;
- Condições acústicas desfavoráveis - Ruídos intensos ou constantes podem produzir a sensação de cansaço e desgaste.
- Condição de iluminação inadequada, insuficiente ou produtora de reflexos, dificultando a leitura e produzindo sobrecarga do pescoço pela necessidade de aproximação dos olhos e da cabeça e podendo causar também, inclinação excessiva do tronco à frente ou encurvamento da coluna.

2.4.5.FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS EMOCIONAIS

- A organização do trabalho de forma fragmentada, realizado em esteiras, linhas de montagens ou em postos informatizados, onde as pessoas realizam gestos padronizados com ritmo determinado pela própria máquina e prazos para realização das tarefas inatingíveis.
- Relações interpessoais no ambiente desfavoráveis, onde se estimula a competição. Sabe-se que colegas que se auxiliam mutuamente adoecem menos. Medo de demissão, pressões da gerência potencializam as *LER/DORT*.

2.4.6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

No Brasil mesmo com os avanços conceituais e tecnológicos, constata-se para grandes contingentes de trabalhadores, situações que lembram o primeiro período da revolução industrial. Há uma grande distância entre as formulações conceituais, os conhecimentos obtidos a partir das pesquisas científicas e a efetivação de intervenções positivas na relação saúde-trabalho. A própria legislação limita-se a definir situações extremas de acidente de trabalho, intoxicações agudas de origem profissional, doenças do trabalho e profissionais.

Além do número limitado de doenças, comparativamente a outros países, não contempla doenças que são agravadas pelo trabalho, como as afecções respiratórias crônicas, hipertensão, doenças do aparelho locomotor, estresse ou distúrbios mentais.

Ao se tentar fazer um diagnóstico do reflexo da situação saúde-trabalho neste país, nos deparamos com uma carência de informações que podemos atribuir a uma subnotificação dos casos de trabalhadores do mercado de trabalho formal, além do desconhecimento total daqueles vinculados ao mercado informal, ou não registrados legalmente pelas empresas. Soma-se ainda, os incipientes mecanismos de coleta de dados, diagnósticos imprecisos e as manobras restritivas do INSS (Minayo & Alves, 1994).

Segundo dados estatísticos da OIT, a discrepância entre os dados registrados no Brasil e nos EUA e Alemanha num período, poderiam ter levado a avaliações erradas, caso não fossem conhecidos a realidade de vida e trabalho dos brasileiros.

Tal situação expressa a urgente necessidade da melhoria dos sistemas de informações além de descortinar o baixo impacto das políticas de prevenção e controle.

Mundialmente as *LER/DORT* acometem trabalhadores de várias categorias profissionais, esta população atingida é na sua maioria jovem e está em atividade. No Brasil os serviços públicos de saúde do trabalhador apontam que é na categoria metalúrgica e bancária onde esses agravos são mais notificados. Estas doenças chegam a representar 70% das doenças do trabalho reconhecidas pela previdência Social. Só numa agência do INSS em Osasco-SP, foram registrados 3.167 casos de *LER* entre 1992 e 1997, representando 71% do total das 4.473

doenças que foram reconhecidas no período, de acordo com dados levantados por técnicos do Sindicato dos Metalúrgicos daquela Região.

Segundo trabalho organizado por Ribeiro (1997), a relação de causalidade é mais forte com a função e intensidade do que com a extensão do tempo de sujeição ao trabalho. Sua ocorrência também está estreitamente associada com a posição na escala hierárquica da empresa, sendo muito rara nos que controlam o trabalho e extraordinariamente freqüente entre os controlados. Em população de trabalhadores na mesma função e tempo de sujeição, a prevalência das *LER* é três vezes maior entre as mulheres, porém é necessário se fazer uma abordagem crítica em relação a esta “predisposição” feminina, pois se verdadeiro for que as mulheres têm um limiar de dor mais baixo, e por isso apresentam mais *LER/DORT*, tem que se questionar, porque historicamente no capitalismo se cobrou jornadas de trabalho iguais para homens e mulheres, e porque ambos se subordinam às condições adoecedoras de trabalho.

A organização e a divisão social do trabalho e sua tendência de reproduzir a hierarquização dos seres humanos, configura a abordagem da divisão sexual do trabalho. Com o respaldo histórico das diferentes atribuições definidas para os sexos e na diferenciação biológica, se encontram justificativas para destinar homens e mulheres a trabalhos condizentes com as naturezas feminina e masculina. Para as mulheres, em função da sua “fragilidade” atribuem tarefas parceladas, monótonas, desqualificadas, menos remuneradas, tidas como leves apesar do intenso desgaste físico e psíquico delas decorrentes.

No entanto, as especificidades da condição feminina não são respeitadas e originam exclusão e discriminação na esfera do trabalho. Com base nesta mesma lógica submete-se os homens aos trabalhos mais perigosos o que explica o maior número de óbitos por acidentes entre o sexo masculino. (Minayo & Alves, 1994).

É freqüente a utilização do termo epidemia para caracterizar os atuais números das *LER/DORT*, somados ao fato de se utilizar métodos epidemiológicos para a sua melhor caracterização. Há um pensamento de que as *LER/DORT* são uma epidemia, mas sabemos que historicamente o termo epidemia se refere às doenças pestilenciais, transmissíveis... e que a desigualdade na distribuição entre categorias, funções dentro da mesma categoria, hierarquia no trabalho e gênero causa alguma dificuldade de se caracterizar as *LER/DORT* como tal. No caso das *LER/DORT* outros termos de uso freqüente podem trazer equívocos conceituais e sérias repercussões sociais, é o caso das expressões “lesionado” e

“portador”, pois levam à crença de que são estados irreversíveis, logo, incapacitados para o trabalho.

É também impróprio caracterizar um trabalhador como “susceptível” ou “predisposto”. Na linguagem médica, susceptível é um indivíduo já doente, que entra em crise aguda. Predisposto é aquele que tem uma tendência genética ou constitucional a adoecer mais freqüentemente. É mais apropriado admitir que haja uma maior sensibilidade das pessoas que adoecem por LER/DORT, sendo capazes de denunciar mais rapidamente a patogenia dos processos de trabalho. (Minayo & Alves, 1994).

2.4.7. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E CLÍNICOS

“A extrema desigualdade na maneira de viver, o excesso de ociosidade por parte de uns, o excesso de trabalho de outros, as fadigas e o esgotamento do espírito, os desgostos, as penas inumeráveis, experimentadas em todos os estados: eis, pois, as garantias de que a maioria dos males é fruto da nossa própria obra”. (Rousseau).

Qualquer adoecimento causado diretamente ou não pelo trabalho, tem graves repercussões sociais e na vida dos trabalhadores. A relação ou nexos de causalidade do trabalho devem ser investigados com a preocupação primeira de evitar o adoecimento e, por conseguinte, suas conseqüências. Assistência médica, “benefícios” previdenciários e indenizações são meios e instrumentos de reparação dos danos temporários ou definitivos à saúde dos trabalhadores, o que faz imprescindível que esses danos tenham reconhecimento oficial da ordem médica e do sistema previdenciário ou em caso de litígio, do poder judiciário. (Ribeiro, 1997).

Não é, porém, a convalidação oficial de uma doença por qualquer deles que a faz existir. Ao contrário, é a doença que leva ao reconhecimento oficial. Inverter essa lógica é fortalecer a posição ideológica dos que acham que as LER/DORT são “epidemias” produzidas por manipulações reivindicantes ou históricas. A representação da doença pelo adoecido, conquanto própria a cada um, é socialmente induzida. Se for tanto mais doente quanto mais se é levado a acreditar na gravidade da doença, seja em relação às *LER/DORT* ou a qualquer doença. Os médicos têm um poder muito grande, socialmente outorgado, na construção dessa representação e devem precaver-se para não falsear a realidade, qualquer que sejam suas razões ou objetivos. (Ribeiro, 1997).

As *LER/DORT* decorrem de acometimentos das estruturas do aparelho locomotor por exigências cumulativas, excessivas e repetidas do trabalho. Considera-se em seu processo de determinação o envolvimento de fatores relacionados ao ambiente, instrumentos e meios de trabalho, intensidade, frequência, ritmo e multiplicidade de tarefas, desqualificação, pressões, controle, exigências por produtividade e competitividade impostas pelas organizações, ausência de perspectivas de carreira, remuneração insuficiente, medo de demissão, baixa afetividade geradas pelas políticas e relações sociais da empresa. Além das repercussões a nível individual, de todas as exigências do trabalho que se projetam para fora e fazem a vida do trabalhador, condicionando

seus modos de se transportar, morar, comer, distrair-se, amar, se reproduzir e adoecer, das *LER* ou de qualquer outra doença. (Ribeiro, 1997).

Observa-se que os sintomas que caracterizam as *LER* podem aparecer em pessoas que exercem atividades tão diferentes quanto trabalhar como digitador, montador, secretária, jornalista, atendente de sistemas de comunicação, ou operadores de mesas de investimento e gerentes de bancos. Por que será que atividades tão distintas podem causar *LER*?

Para o Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional, uma instituição criada para prestar serviços e para realizar pesquisas na área dos distúrbios ósteo-mio-articulares funcionais, *LER* é o termo utilizado para designar “desarranjos do sistema humano” que provocam dor em músculos e articulações, nem sempre associados com lesões. É um termo usado quando pessoas que executam tarefas nas quais, movimentos continuados ou repetitivos são realizados constantemente, apresentam queixas de dor, que podem estar localizadas em uma única região (mais comum ao redor dos ombros) ou ser percebidas como generalizadas, atingindo os braços, as mãos e o pescoço 12. (Nicolletti, 1999).

Na origem das *LER/DORT*, estariam micro-traumas cumulativos provocados por movimentos contínuos, repetitivos e posturas inadequadas do corpo e de seus segmentos, variáveis quanto à intensidade, tempo, frequência, decorrentes do trabalho e desproporcionais à morfologia e à fisiologia dos tecidos submetidos. Ainda resulta de movimentos bruscos de força ou de pressão contínua, movimentos de baixa força repetidos e com elevado ritmo, sobrecarga estática muscular e contraturas prolongadas. A doença se instala desde que a somatória destes fatores ganhe características traumáticas, isto é, pouco toleráveis aos tecidos obrigados a suportá-los 12. (Nicolletti, 1999).

Os tendões musculares são compostos de fibras colágenas que se organizam paralelamente em feixes e fibras elásticas responsáveis pela elasticidade. Alguns tendões são envolvidos por uma bainha sinovial secretora de líquido que lubrifica os tendões.

O movimento continuado pode provocar espessamento do tendão ou de sua bainha, dificultando a realização dos movimentos. Além disso, pode ocorrer uma distensão dos tendões provocada pelos músculos podendo levar a deformações. A contração isovolumétrica persistente dos músculos, com aumento do consumo de oxigênio pelas células e a diminuição da circulação sanguínea,

resulta em isquemia e conseqüente fadiga muscular. Estes mecanismos podem se manifestar como dor difusa, cansaço e desconforto.

Outra explicação é de que há uma alteração no aporte de nutrientes devido ao espessamento da bainha. Há extravasamento de exsudato para bainha sinovial com posterior depósito de fibrina e formação de aderências, com alterações do metabolismo energético. Em resumo, o mecanismo fisiopatológico associado aos vários tipos de manifestações da doença pode envolver: inflamação, fadiga neuromuscular e isquemia dos tecidos. (Assunção & Rocha, 1993).

Em resumo, os mecanismos de lesão, decorrem do acúmulo de influências que ultrapassam a capacidade de adaptação de um dado tecido, mesmo que seja mantido parcialmente seu funcionamento fisiológico, esquematicamente são eles: A intensidade dos fatores de risco; a organização temporal da atividade; o tempo de exposição aos fatores de risco; o segmento anatômico exposto; repetitividade do movimento; posturas inadequadas; esforço físico; invariabilidade das tarefas; pressão mecânica; trabalho muscular estático; choques e impactos; vibração e frio.

2.4.8. DIAGNÓSTICO

É basicamente resultante da história ocupacional e exame físico:

- anamnese: dor ou desconforto articular mesmo em repouso; alteração da sensibilidade e alteração da força muscular;
- inspeção/palpação: comparar os lados direito e esquerdo quanto às deformidades, alterações de volume, atrofias e hipertrofias;
- mobilização: verificar a presença de dor e a limitação de movimentos;
- sinais neurológicos: testes para desencadear a dor pela maior sensibilidade dolorosa.

2.5. LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA.

Ao abordar os aspectos das normas que disciplinam o campo da saúde do trabalhador e, bem como, as suas repercussões no dia-a-dia das relações de trabalho, aparenta a primeira vista, um enorme emaranhado de dispositivos, determinações que confundem, parecendo inócuos ante o quadro de calamidade que é a relação saúde-trabalho em nosso País.

2.5.1. AS NORMAS PELAS SUAS POSIÇÕES HIERÁRQUICAS

A Lei fundamental de qualquer Estado é a sua Constituição. Esta pode adotar diversas formas, porém guarda sempre a mesma característica de ser o norte orientador para todo o sistema de normas do Estado. (Silva Filho & Jardim,1997).

A atenção a saúde do trabalhador no Brasil está prevista e garantida já na Lei Maior, a Constituição Federal. Influenciada pela ânsia de suprir o exercício da cidadania, que era sufocado quando da ditadura militar que se instalou no Brasil em 1964, a Assembléia Nacional Constituinte produziu um texto constitucional sistemicamente avançado, tanto assim que recebeu a denominação de: a Constituição Cidadã.

Como não podia deixar de ser o texto constitucional aborda a saúde do trabalhador em duas perspectivas, uma anterior ao agravo e uma posterior a este.

2.5.2. AMBIENTE SAUDÁVEL DIREITO DO TRABALHADOR

Lançando mão de normas de saúde, higiene e segurança, através das quais se consiga a redução dos riscos próprios às atividades dos trabalhadores, é o que determina a Constituição Federal, no seu inciso XXII, do artigo 7º.

Para garantir a existência e continuidade de ambientes de trabalho saudáveis, o constituinte deslocou o foco da saúde do trabalhador do âmbito do contrato de trabalho, como até então era tratado pelo Capítulo V, da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para a seguridade social, mais especificamente para o bojo do Sistema Único de Saúde – SUS.

CF/88, art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Estes dispositivos constitucionais geraram uma série de discussões acaloradas, ainda não bem sedimentadas, acerca de um suposto conflito de competência entre o Ministério do Trabalho (MTB) e suas Delegacias Regionais do Trabalho (DRT) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Embora não sendo o objeto deste trabalho tal investigação a mesma se veste de enorme importância do ponto de vista da abordagem adotada, ou seja, existe ou não uma falha no sistema de normas do Brasil no tocante a fiscalização da aplicação das normas atinentes à saúde do trabalhador?

Inicialmente vale destacar que já na CLT, em seu artigo 154, estava previsto que os empregadores não estavam sujeitos apenas às normas ali dispostas sobre a proteção de seus empregados, mas também se subordinavam as matérias incluídas em códigos de obras ou regulamentos sanitários dos Estados ou Municípios em que se encontrassem estabelecidos. Mais adiante, no artigo 159 do texto consolidado, já estava preconizada a possibilidade da realização de ações de fiscalização e orientação por outros órgãos federais, estaduais e municipais, a partir de convênios.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080, de 19/09/1990, que regulamenta o texto constitucional, em seu artigo 6º, descreve o campo de atuação do SUS, nele inclui a saúde do trabalhador (art. 6º, I, c, e V), e define o que esta vem a ser:

§ 3º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

(...)

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio

de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;”

Não obstante a competência privativa de legislar sobre matéria de Direito do Trabalho ser da União (CF, art. 22, I), não pode ser esquecido a referência que outrora já se fazia na CLT, ao prevê a competência de Estados e Municípios em erigir normas de proteção ao trabalhador. Agora, mais do que nunca, fica clara a abordagem no âmbito da saúde pública que foi conferida às questões de saúde do trabalhador pela Constituição de 1988, restando concluir que temos competência dos dois setores: saúde e trabalho para atuarem concorrentemente, e ambos os setores lançando mão das legislações tanto trabalhista quanto sanitária quando de suas intervenções.

2.5.3. ASSISTÊNCIA SOCIAL: DIREITO DO TRABALHADOR

Como antes já foi dito, o texto constitucional aborda a saúde do trabalhador em duas perspectivas, uma anterior ao agravo e uma posterior a este. Soa monótono sempre criticar a realidade social brasileira, mas não há como ser diferente, o trabalhador que necessitar reabilitação por ser portador de alguma deficiência, segundo o artigo 203, da Constituição Federal, contaria com a Assistência Social garantida, independente de contribuição à seguridade social, além de ter também assegurada a sua integração à vida comunitária.

Mas o que de fato se vê são exemplos pontuais de trabalhadores que, a muito custo, conseguem uma inserção, meio que enviesada, no mundo da produção das riquezas nacionais. Não seria necessário à lei obrigar que a todos deva ser dispendido tratamento isonômico, aqui entendido como tratar igual os iguais e diferente os diferentes, seria necessário apenas um forte sentimento ético de humanidade para que se fizesse valer a integração dos acidentados que guardam incapacidades permanentes, mas como assim não se dá a Lei de Benefícios da Previdência, Lei n.º 8.213, de 24/07/1991, em seu artigo 93, estabeleceu percentuais escalonados, entre 2% a 5% dos cargos das empresas, com mais de 100 empregados, para serem preenchidos por portadores de deficiência devidamente habilitados. É desgastante procurar saber qual empresa que observa este dispositivo.

2.5.4. A SAGA DA CONSTRUÇÃO DE UM DIREITO DO TRABALHADOR ACIDENTADO

Em meio a todas estas dificuldades surge mais uma frente, garantir os direitos dos portadores de LER/DORT. Pelas características próprias da enfermidade, as dificuldades são todas superlativadas, registrando-se altos e baixos nas garantias dos direitos dos trabalhadores.

Em 07/11/1986, por meio de uma Circular da Direção Geral do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, à época ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, foram reconhecidas as condições especiais responsáveis pelo adoecimento de trabalhadores com lesões do membro superior, eram digitadores. Esta Circular orientava as Superintendências do INAMPS que, além de reconhecerem a *Tenossinovite dos digitadores*, a estendessem para outras categorias, como por exemplo: mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras.

O MPAS, através da Portaria n.º4.062, de 06/08/1987, reconheceu a *Tenossinovite* do digitador como doença ocupacional. Não obstante fazer referência a “*Tenossinovite do digitador*”, estendeu a possibilidade do acometimento a outras categorias profissionais que “exercitam os movimentos repetidos dos punhos”

Objetivando uma intervenção preventiva, o Ministério do Trabalho editou a Portaria n.º3.751, 23/11/1990, a qual trouxe significativas alterações par a NR – 17, fixou normas e limites para empresas que possuíssem postos de trabalho que exigisse esforços repetitivos, ritmos acelerados e posturas inadequadas. Uma das recomendações trazidas foi o estabelecimento de pausas e a fixação em 8.000 o número máximo de toques por hora e ainda fixou em 5 horas de trabalho a jornada para esses tipos de atividades. Em seguida, o Ministério do Trabalho e Previdência Social, que naquele tempo era unificado, publicou uma Norma Técnica para avaliação da incapacidade sobre as *Lesões por Esforços Repetitivos-LER*.

Como produto de várias discussões e eventos públicos sobre o tema, as Secretarias de Saúde dos Estados de Minas Gerais e São Paulo publicaram abrangentes Normas Técnicas sobre *LER*, em meados de 1992. Há que ser

destacado a importante participação de segmentos da sociedade, trabalhadores, empregadores, poder público e universidades.

Em março de 1993, o INSS atualizou a sua Norma de 1991, incorporando significativos elementos que haviam se estabelecido nas Normas dos Estados de Minas Gerais e São Paulo. O INSS considerou as *LER* como doenças do trabalho, a partir de então, estava dispensada a perícia no posto de trabalho, que levantava as “condições especiais” em que eram desenvolvidas as atividades do trabalhador, para só assim estabelecer o nexo causal da doença laboral. Após a edição desta Norma a Previdência passou a dar cobertura aos acometidos, determinando a emissão das respectivas Comunicações de Acidente do Trabalho-CAT, para tais casos.

A partir de 1996, registra-se um refluxo na evolução até então experimentada no Direito Previdenciário, neste período o INSS começou uma nova revisão da Norma Técnica de 1993. Inicialmente constituiu uma Comissão composta por médicos peritos, profissionais das áreas de saúde e segurança e de universidades, somente depois de reiterados protestos é que é admitida, nesta Comissão, a participação de médicos indicados pelas centrais sindicais. O resultado dos trabalhos é a Ordem de Serviço n.º606, que trouxe obstáculos e critérios restritivos a caracterização dessas doenças laborais, ou seja, *LER/DORT*.

2.6. ESTRESSE NO TRABALHO: O MAL “MAL DEFINIDO”

Os estudos que se voltam para a análise da produção social dos distúrbios mentais concentram-se historicamente em duas linhas de investigação; os voltados para questões macrossociais correlacionando aspectos como classe social, migração, etnia e sistemas políticos e o segundo para esferas microssociais centradas principalmente na família. Há porém, outra instância que passou a ser examinada quanto ao seu papel no processo Saúde/Doença mental, O Trabalho. (Seligmann, 1994).

2.6.1. FATORES PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

“O ser humano, nas várias culturas e fases históricas, revelou essa intuição segura: pertencemos à Terra; somos filhos e filhas da Terra; somos Terra. Daí que homem vem de húmus. Viemos da Terra e a ela voltaremos. A Terra não está à nossa frente como algo distinto de nós mesmos. Temos a Terra dentro de nós. Somos a própria Terra que na sua evolução chegou ao estágio de sentimento, de compreensão, de vontade, de responsabilidade e de veneração. Numa palavra somos Terra no seu momento de auto-realização e de autoconsciência” BOFF, L.,1999.

O trabalho poderá fortalecer a saúde mental ou levar a distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas.

O primeiro estudo a respeito dos aspectos psicológicos do trabalho intitulado *Psychology and industrial efficiency* de 1913, Inglaterra, está voltado para as aplicações da psicologia com fins de eficiência da produção industrial, isto é “como encontrar o melhor trabalhador possível, como produzir o melhor trabalho possível, como chegar aos melhores resultados possíveis”. As investigações de Elton Mayo durante os anos 20 em Chicago, deram origem às práticas destinadas a superar as desadaptações humanas á organização do trabalho atendendo aos objetivos econômicos das empresas suavizando e dissimulando as coerções embutidas nas formas de gerenciar e estruturar a organização do trabalho, tanto em suas estruturas hierárquicas quanto nas estruturas de tempo, nas divisões de tarefas e nos critérios de promoção.

Desse modo, a penosidade de certos tipos de trabalho pode ser atenuada e tornada suportável, pelo menos de modo a garantir o rendimento máximo de um

determinado grupo de assalariados, dentro do planejamento estabelecido pela empresa para determinados prazos. Àquela época a psicossociologia apoiada nas idéias de Mayo, o Taylorismo e o Fordismo passaram a atuar de forma complementar. De fato o Taylorismo traça a disciplinação planejada do trabalho e não reconhece as variações psicológicas e fisiológicas humanas correlacionadas à vida social, desprezando a participação mental dos trabalhadores nas tarefas.

As idéias de Mayo tiveram lugar quando se verificou que o grau de intensificação dos ritmos de trabalho e o nível de parcelamento das tarefas estavam de tal forma elevados que apesar dos grandes lucros, havia perdas de peças na produção, com defeitos atribuídos a “falhas humanas”. Assim, implementar ações que favorecessem a motivação para o trabalho, o amor à empresa, diminuindo as situações capazes de prejudicar o rendimento dos indivíduos e das equipes era essencial. Assim, a importância da promoção da saúde mental era reconhecida como parte dos insumos necessários ao sucesso da produção e da lucratividade. Neste sentido, “vários estudos que surgiram entre trabalhadores, buscavam causas individuais associadas a eventos externos ao trabalho, a fatores hereditários e a experiências da fase infantil e da vida familiar”.

Persistindo ainda no âmbito de empresas, surgiram, porém, transformações políticas, sociais científicas e tecnológicas que determinaram a necessidade de outras perspectivas de estudo. Após a segunda guerra mundial foram apresentadas observações quanto a situações ansiogênicas do confronto bélico, acendeu o interesse em identificar causas coletivas relacionadas ao trabalho que produzissem transtornos psicopatológicos. No entanto até a década de 70, a maioria dos estudos reconhecia apenas o fator desencadeante do trabalho, acionando distúrbios mentais preexistentes.

Em conseqüência à evolução dos processos produtivos com a chegada da automação e computação, e a demanda por novas formas de “participação mental” no trabalho, além das mudanças nas correlações de poder do capital e trabalho, fez surgir novas formas de abordagem da saúde mental, inserindo os enfoques da psicologia social e da ética.

2.7. PROCESSO DE TRABALHO DOS BANCÁRIOS

Para chegar a termo na abordagem proposta, é fundamental estudar o processo e a organização do trabalho, a qual nos informa algumas dimensões: a tecnológica, a organizacional, e por decorrência a do controle do processo de trabalho, e a da construção dos sujeitos coletivos. (Cohn & Marsiglia, 1994).

Uma das peculiaridades do trabalho do bancário é a manipulação do dinheiro em forma de mercadoria. Essa peculiaridade exerce, de forma preponderante, influência na própria condição de existência do trabalho bancário. Como bem lembra Jinkings (1998):.

“Os registros e controles da movimentação financeira, seja débito seja crédito, são transferências e redistribuições dos valores excedentes do capital financeiro criado durante o processo capitalista de produção, sendo este o ofício diário do bancário”.

2.7.1. ORGANIZAÇÃO DE CONFLITOS

“Uma aranha desempenha operações que se parece com a de um tecelão, e a abelha envergonha muito arquiteto na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.” (Braverman, 1987).

A mercadoria-dinheiro, que é o objeto de trabalho do bancário, segundo Marx, é uma das formas mais abstratas e vazias do mundo das mercadorias, uma vez que “realmente dissimula o caráter social dos trabalhos privados e, em consequência, as relações sociais entre os produtores particulares, ao invés de pô-las em evidência”. Em decorrência dessa atividade bancária aparece a “estranheza do trabalho e a retificação das relações sociais, mediadas pelo valor de troca ou sua forma autônoma – o dinheiro -, convertida em nexos sociais básicos na sociedade capitalista contemporânea.” (Jinkings, 1998).

Por trabalhar basicamente com o dinheiro, o valor dotado na sua mais elaborada forma, em um ambiente controlado e organizado com o fim de atender

a exigência de acumulação do capital, os bancários passam a conviver, de forma extrema, com a fetichização que envolve a produção de mercadorias.

Os bancários também experimentam a adoção, por parte das instituições financeiras, de novas tecnologias e organizações do trabalho bancário, percebidas com muita força nas últimas décadas. Tais inovações não têm apenas a finalidade de maximizar os ganhos de capital, têm, também, um subproduto nada desprezível para a nossa análise, o componente ideológico, capaz de agudizar as relações antagônicas mantidas entre os trabalhadores bancários e as instituições financeiras, chegando mesmo a fragilizar as intervenções das entidades sindicais dos bancários nesse novo contexto. (Jinkings, 1998).

É na segunda metade da década de sessenta que se nota o princípio da automatização do trabalho bancário no Brasil. A princípio com a implantação dos grandes Centros de Processamentos de Dados-CPD, que foram difundindo-se rapidamente tanto entre as instituições bancárias, quanto nas demais que compunham o complexo do sistema financeiro. Pelas vantagens oferecidas na maximização dos ganhos de capital e na elevação da capacidade produtiva dos trabalhadores, as novas tecnologias de base microeletrônica se generalizam, acrescido do componente impulsionador, a forte concorrência do setor (Jinkings, 1998).

O que antes era um mero diferencial na sedução de clientes, hoje se coloca como a verdadeira face do novo modelo bancário, o auto-atendimento. Diante de uma máquina o cliente tem a sua disposição um sem número de serviços disponibilizados pelo banco: saques e depósitos de valores, retiradas de talões de cheque, pagamento de contas, pequenos empréstimos. O cartão eletrônico ganha um grande impulso quando passou a poder intermediar o pagamento de compras fora do estabelecimento bancário, na loja onde o cliente realiza a sua compra, ao invés de pagá-la com dinheiro ou cheque, o faz com o cartão eletrônico, como se à vista estivesse pagando. Não é preciso dizer muito para entender que os processos *on line* tendem a substituir a utilização do dinheiro em papel-moeda e o cheque. (Jinkings, 1998).

Uma fronteira que tende a ser ampliada é a dos serviços disponibilizados através da rede mundial de computadores, a internet, mais conhecidos como *homebanking*, que conectam os clientes-internautas às seus bancos permitindo a realização das mais variadas operações. Sustentado numa forte estrutura de telecomunicações e na microeletrônica, esse modelo passa a agregar diferenciais

que não podem ser esquecidos, tais como a redução dos postos de trabalho no setor bancário, o aumento da velocidade nas transações, a virtualidade adotada pelo capital (Jinkings, 1998).

Outro ponto importante, mais notado em relação aos grandes investidores e às instituições financeiras entre si, é a feição adotada pelo mercado global, onde monstruosas cifras circulam pelo mundo em velocidade alucinada, pouco conhecendo as fronteiras nacionais. Forçada pela virtualidade adotada pelo capital a soberania das nações carece de uma urgente rediscussão para absorver a nova realidade de um mercado de autogênese de dinheiro, onde são movimentados, em segundos, de um lugar para outro, ativos de grandes corporações com a capacidade de quebrar a economia de um País e fomentar de forma significativa a de um outro. (Jinkings, 1998).

Logo se vê que o saber e o conhecimento científico e tecnológico, que transforma radicalmente os ambientes de trabalho no setor bancário, deixam à margem a grande maioria dos trabalhadores bancários, cada vez mais alienados dos fins e sentido de suas atividades. Se outrora os bancários já se deparavam com o fenômeno da fetichização do dinheiro, agora as cifras por eles manipuladas ganham definitivamente ares de intangibilidade, decorrente da virtualidade adotada pelo capital, acrescida da possibilidade, a depender do ambiente econômico, de tornar-se volátil e escorrer sem controle para qualquer outro lugar na Terra. Os impulsos eletrônicos que substituem o papel-moeda são para os bancários, quase como uma entidade ectoplásmica que o ocupa, perturba, estressa, mas que não pode ser tocada, e que sobre a qual não tem o menor controle. (Jinkings, 1998).

A pressão desencadeada pela fragilização dos trabalhadores bancários em relação às instituições bancárias, pelas novas formas de controle e organização do trabalho, é atenuada pelo discurso que desloca o foco para questões estranhas à instituição. Todo o sacrifício deve ser suportado em função das novas exigências do mercado que são ditadas pelos clientes eternamente insatisfeitos, pela concorrência predadora, por isso é que se torna imperioso aumentar a produtividade, intensificar o ritmo de trabalho, reduzir constantemente os custos.

A despeito de todo o conhecimento e saber e de todo o aparato tecnológico agregado à atividade bancária isso não se reverteu em melhores condições de trabalho. Antes sim, provocou um aumento de pressão e de ritmo, acompanhado de novas formas de controle e de organização do trabalho que exige níveis

maiores de responsabilidades por atividades múltiplas. Nota-se uma significativa queda nos níveis de emprego do setor em detrimento de maior conforto e redução de tempo despendido na jornada laboral. Visando à redução dos custos com a mão-de-obra, as empresas utilizam a contratação de trabalhadores de empresas prestadoras de serviços, a transferência de certas atividades e de funcionários para outras empresas do seu conglomerado, a contratação de estagiários, além da terceirização de atividades reputadas como não estratégicas. (Jinkings, 1998).

Há que se perguntar se esse ambiente propicia ou não um aumento de doenças ou surgimento de novos agravos à saúde dos trabalhadores bancários.

2.7.2. A MORBIDADE: LER / DORT E O ESTRESSE

“A luta pela sobrevivência está brutalizando o ser humano. As pessoas vivem extremamente pressionadas. A competição tem servido como justificativa para todos os tipos de absurdos. Milhões de anos depois dos homens das cavernas, a vida continua a ser um campo de batalha. As pessoas destroem a si mesmas e às outras para atingir suas metas. O preço de tudo isso tem sido muito alto. Há empresas cujos gerentes, com mais de dez anos de casa, sofrem infarto. Em muitas delas, as pessoas são consumidas como laranjas: espreme-se o suco e joga-se fora o que sobrou, o bagaço. A sociedade se transformou em triturador de sonhos” (Shinyashik, 1997)

2.7.3. COMPOSIÇÃO DA MULTIFATORIALIDADE DOS RISCOS

Não é de hoje que o trabalho bancário tem referências de fonte de doenças. Letícia Canêdo (1998), informa que na primeira metade do século, os problemas de saúde mais frequentes entre os trabalhadores eram a tuberculose e a chamada “psiconeurose bancária”. Em 1938, segundo a autora, 23% dos bancários de São Paulo eram portadores de tuberculose, ao passo que a “psiconeurose bancária” havia sido diagnosticada em 259 bancários do Rio de Janeiro em 1942, onde eram detectados quadros, segundo descritos da época, de afetação das “funções do cérebro, dando fraqueza, dificuldade de concentrar a atenção, dor de cabeça e irritabilidade. Surgem insônias e fobias de várias espécies (...) O sintoma que domina é a angústia ou excesso de escrúpulo”.

A partir dos anos sessenta, o processo de racionalização e automação do trabalho bancário passa a desencadear novos riscos para a saúde do trabalhador. “O ritmo intenso de trabalho, a pressão por produtividade e as formas de controle exercidas, a grande carga de responsabilidades (em razão da manipulação de valores alheios, direta e indiretamente), a exigência dos clientes em caso de atendimento ao público, foram algumas das causas de desgaste físico e mental no trabalho bancário apontadas em pesquisa coordenada por Edith Seligmann Silva nos anos oitenta. Paralelamente, assiste-se a um aumento sem precedentes na incidência das chamadas *LER – Lesões por Esforços Repetitivos*, dentre as quais se destaca a *Tenossinovite*” (Canêdo, 1998).

Reproduzindo o fenômeno que já havia se dado na indústria, a automatização no setor bancário tenda a determinar um aprofundamento do descontrole do trabalhador sobre a sua atividade. Tanto o seu ritmo, como o fluxo

de suas atividades são muitas vezes controlados e determinados pelos processadores dos computadores. O entendimento do significado e o conhecimento das fases do processo de trabalho na cadeia produtiva tornam-se mais distante do trabalhador.

A aparente aura de tranquilidade das agências esconde uma realidade onde a tensão está sempre presente, onde computadores e painéis eletrônicos exigem concentração e atenção continuamente. Esse tipo requerido, o trabalhador atento, concentrado e constantemente exigido em seu raciocínio, é conhecido como sendo o tipo cognitivo, que gera uma sobrecarga mental, agravado com a ocorrência do distanciamento entre os interesses e potenciais psíquicos dos bancários e seu trabalho, sobretudo quando as tarefas são menos complexas.

Os quadros de ansiedade e depressão estariam, no entender de Jinkings (1995), relacionados com a introdução de programas de reorganização produtiva, que embutem o medo da perda do emprego, gerando uma tensão adicional, podendo ser evidenciado esses efeitos nos altos índices de suicídios entre a força de trabalho empregada num Banco público do país, onde se teve registro de mais de vinte ocorrências desde o início de 1995 a 1998.

Para analisar o nexos entre trabalho e estado de saúde biopsíquico, é necessário condensar informações do processo de trabalho, condições ambientais e expressão do nexos no corpo dos trabalhadores. A medicina do trabalho tradicional usa a categoria risco para analisar a saúde dos trabalhadores enquanto que a saúde ocupacional acrescenta o conceito de fatores de risco, mas para esta nova abordagem estes conceitos são insuficientes sendo necessário acrescentar o conceito de carga de trabalho e desgaste.

Busca-se ressaltar os elementos do processo de trabalho que agem entre si e no corpo dos trabalhadores promovendo diminuição de sua capacidade corporal e psíquica trazendo desgaste. No processo de investigação se divide as cargas de trabalho em tipos específicos: químicos, biológicos, físicos e mecânicos, que são fatores externos que se materializam no corpo dos trabalhadores interagindo com ele, é bom frisar que as cargas de trabalho se potencializam entre si.

O processo resultante é o desgaste que se expressa como perda da capacidade física e psíquica. O desgaste se dá quando o desgaste supera os mecanismos de reprodução que é a reposição da capacidade potencial física e

psíquica. As cargas de trabalho e o processo de desgaste e sua relação com o processo produtivo caracterizam perfis específicos de mortalidade e morbidade numa população de trabalhadores. A complexidade do processo de desgaste provoca dificuldades para sua mensuração, no entanto alguns indicadores são utilizados como sinais e sintomas de doenças psicossomáticas, perfil de morbidade, anos de vida perdidos, envelhecimento precoce e morte prematura. Posteriormente realiza-se uma análise geral do processo de trabalho.

Buscando traçar a gênese da identidade profissional dos trabalhadores bancários, a partir da vivência comum de se encontrarem constantemente sob a influência de uma certa “cultura organizacional”, é de suma importância discutir como se dá a inserção dos trabalhadores nas empresas bancárias, onde são regulados pela “cultura organizacional”, que é um complexo de normas prescritas ou tácitas.

“Analisando a ‘cultura organizacional’ do Banco em tela, constatamos que existe, uma grande quantidade de instruções circulares que prescrevem não só a forma correta de realizar cada tarefa – o chamado ‘trabalho prescrito’, mas também uma forma presumidamente correta de ser bancário. Ao lado disso, verificamos a forma como, efetivamente, o trabalho se realiza – o trabalho real – onde se atualizam as prescrições formais, tácitas, do Banco e também a forma que cada trabalhador encontra de lidar com a situação de trabalho dentro deste coletivo” (Cardoso et al ,1997).

Verifica-se que, enquanto há relatos de trabalhadores bancários de temores pelo risco do acometimento de doenças mentais, da fadiga decorrente da jornada super exigente, superlativada pela rotina esmagadora e pela crescente redução do quadro funcional, da iminência do experimentar da violência através dos assaltos, enfim inúmeros modos e circunstâncias próprios da atividade bancária, por outro lado os bancários do Banco em estudo, apesar de em declínio, experimentam um *status* diferenciado dos demais bancários, são beneficiados com opções não observadas na maioria das empresas: assistência médica para si e familiares, previdência suplementar, lazer, turismo e, sobretudo, longe da excessiva rotatividade de mão-de-obra, comum ao setor bancário.

A aura de tradicionalidade, imagem de sensibilidade às questões sociais, e de bom empregador por desenvolver política de recursos humanos acima da média, tornaram a instituição bancária estudada um ícone nacional. Assim, os trabalhadores deste Banco facilmente aderiam ao projeto oferecido pela empresa, chegando a desenvolver uma forte perspectiva de projeto de vida (Cardoso,1997).

Esta imagem tem sofrido profundas transformações em função da necessidade do banco em fornecer respostas à nova realidade da economia, extremamente competitiva, desencadeando transformações estruturais que repercutem nos seus bancários. A reestruturação no processo do trabalho, muito influenciado pela crescente automação, ocasiona constantes remanejamentos, muitas vezes para funções menos qualificadas ou de menor complexidade.

Apesar da perplexidade dos bancários com as mudanças para a formação de um novo Banco, nada se comparou ao anúncio em 1995, do Programa de Desligamento Voluntário-PDV, com o objetivo de redução do quadro através de 15.000 desligamentos para que o banco se tornasse ágil, eficiente e menos oneroso. Naquele momento o banco ameaçou com demissões compulsórias, caso a meta do PDV não fosse alcançada (Cardoso,1997).

Diante da diversidade de sofrimentos não é possível falar de uma saúde mental homogênea dos trabalhadores bancários submetidos a uma mesma “cultura organizacional”. As relações de subordinação às normas e regulamentos que fundamentam esta cultura, produzem diferenciadas formas de lidar com a organização, a depender do cargo, da função, da posição que ocupa na estrutura organizacional, adicionada a história individual de cada um trabalhador (Cardoso,1997). Esta diversidade de contradições, angústias, sofrimentos passa quase que despercebido pela organização, caracterizando-se a condição para o surgimento do sofrimento mental. Nesse sentido afirma Cardoso:

“Como não há um só sofrimento mental, por não haver um só tipo de trabalhador, não haverá também uma só forma de solução para a questão da saúde mental do trabalhador. Não se trata, portanto, de criar o trabalho ideal para o trabalhador também idealizado”

3. METODOLOGIA

Para construção desta Dissertação, optou-se por uma abordagem quantitativa e descritiva.

A partir de pesquisa bibliográfica buscou-se fundamentos que dessem sustentação teórica para entender as possíveis associações entre as fases do *Estresse* e as fases dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT, além dos possíveis fatores de risco para *LER/DORT* e *Estresse* no trabalho bancário.

3.1. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram selecionados os trabalhadores de 38 agências de uma rede bancária pública nacional localizada na Cidade do Recife. O total de trabalhadores selecionados foi de 719 indivíduos, entretanto o número daqueles que efetivamente realizou os exames médicos periódicos de saúde no ano de 1999, foi de 682 indivíduos.

Fica demonstrado na tabela 1, que 37 trabalhadores da amostra selecionada não realizaram os exames médicos periódicos no ano de 1999 e suas causas.

Tabela-1. Causas de não realização do exame periódico de saúde entre bancários da amostra selecionada.

CAUSAS	TOTAL
Transferidos	8
Aposentados	3
Licença saúde	9
Férias	3
Exonerados	1
Sem justificativa	13
TOTAL	37

3.2. DESENHO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico de corte transversal para conhecer as fases da LER/DORT e do Estresse entre bancários e inferir hipóteses de associação .

O estudo de campo privilegiou o levantamento e análise minuciosa dos formulários aplicados durante a realização dos exames periódicos de saúde dos bancários selecionados.

3.3. POPULAÇÃO-ALVO

Trabalhadores de uma rede bancária pública nacional com agências na Cidade do Recife, formado por 719 indivíduos, convocados para realizar exames médicos no ano de 1999, e trabalhadores com licenciamento por motivo de doença no período de 01/01/1999 a 31/12/1999.

A rede bancária selecionada adota alguns critérios gerais para a convocação do exame médico de seus funcionários, para garantir que anualmente cerca de 50% de todos os trabalhadores sejam examinados.

No ano de 1999, os critérios definidos pela empresa foram os seguintes:

- Trabalhadores que exerciam função de Caixas Executivos ou em substituição a estes, há mais de três meses consecutivos;
- Operadores em teclado;
- Trabalhadores exercendo atividades que envolviam esforço repetitivo em mais de 50% da jornada de trabalho;
- Trabalhadores de outras funções com dígito verificador de matrícula ímpar e X;
- Aqueles com idade superior a 45 (quarenta e cinco) anos ou inferior a 18 (dezoito);
- Profissionais que recebiam adicional de insalubridade ou periculosidade.

Esta população foi agrupada em três categorias: Grupos A, B e C.

Grupo-A

Trabalhadores que realizaram exames médicos previstos para o ano de 1999, representado por 682 indivíduos, e 94,85% da população alvo (N=719).

Grupo B

Trabalhadores que não realizaram o exame médico periódico, como previsto, por encontrarem-se afastados por motivo de doença. Este grupo é representado por 09 (nove) trabalhadores.

Grupo C

Trabalhadores com licenciamento por motivo de doença (incluindo aqueles dos Grupos A e B) no período de 01/01/1999 a 31/12/1999, lotados nas 38 agências selecionadas. Este procedimento foi para atender o objetivo de analisar a prevalência das principais causas de afastamentos do trabalho por motivo de doença em indivíduos da população de estudo.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo:

- Trabalhadores lotados em agências fora da Cidade do Recife;
- Aqueles trabalhadores que não se submeteram ao exame médico periódico de saúde por terem sido transferidos para outras cidades, estarem aposentados, em férias ou foram exonerados por faltas sem justificativas;
- Os que apresentavam dígito verificador de matrícula com terminações par ou zero;

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados de protocolos aplicados durante os exames médicos dos trabalhadores. Foram estudadas as variáveis e indicadores que caracterizam a população do estudo, o ambiente e condições de trabalho, fatores de riscos à saúde e a morbidade geral e específica. As variáveis escolhidas são formadas pela congregação dos 5 protocolos anexados à pesquisa e pontuados a seguir:

- Registro de Acompanhamento - RA-1, preenchido pelo médico examinador para todos os trabalhadores a realizarem o exame. Trabalhou-se com os seguintes grupos de variáveis: identificação, revisão dos sistemas orgânicos, avaliação de riscos para saúde e saúde ocupacional.

- Avaliação de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT-1, formulário auto-aplicável, a ser preenchido por caixas executivos, operadores em teclado e funcionários com sintomas ósteomusculares (itens C1 a C8 do formulário DORT-1). Avaliou-se o seguinte grupo de variáveis: **B**-análise da função atual, **C**-sintomas presentes e persistentes nos últimos seis meses.

- Avaliação Médica de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT-2, a ser preenchido pelo médico examinador, quando o trabalhador ao preencher o formulário DORT-1 ou durante a consulta, referir sintomas que possam estar relacionados a LER/DORT. Analisou-se as variáveis referentes aos itens: **D**-anamnese, **E**-inspeção e **F**-conclusão.

- O protocolo DORT-2V sistematiza o Estadiamento e a Conduta a ser adotada nos casos de DORT. É composto pelo somatório das queixas referidas pelos indivíduos e achados anormais no exame físico. As fases são crescentes em gravidade à medida que se distanciam de Zero (Fases 0, 1, 2, 3 e 4). Vale dizer que ao encontrar-se na fase Zero o indivíduo pode apresentar sintomas que melhoram com o repouso e apresenta exame físico normal.

- Inventário de Sintomas de *Estresse*-Teste de LIPP. Protocolo formatado e validado pelo Centro Psicológico de Controle do Estresse-Campinas/SP. Trata-se

de um formulário auto-aplicável a ser preenchido por todos os trabalhadores que realizarem o exame médico. É composto por variáveis referentes a sintomas de *Estresse* presentes nas últimas 24 horas (FASE-I); no último mês (FASE-II) e nos últimos três meses (FASE-III). O resultado é conhecido através de uma pontuação resultante da soma dos itens assinalados (sintomas experimentados) em cada uma das três fases.

O trabalhador estará na FASE-I (*Alerta*) se nas últimas 24 horas experimentou e assinalou no formulário de 7(sete) a mais sintomas;

O trabalhador estará na FASE-II (*Resistência*) se no último mês experimentou e assinalou no formulário de 4 (quatro) a mais sintomas.

O trabalhador estará na FASE-III (*Exaustão*) se nos últimos três meses experimentou e assinalou de 9 (nove) a mais sintomas.

Se os itens assinalados forem em menor número do que os indicados em todas as fases, a pontuação é *Insignificante para o Estresse*.

Quando a pontuação for significativa em mais de uma fase, devemos considerar a fase mais avançada do *Estresse*.

Podemos ressaltar que ao encontrar-se com uma pontuação *Insignificante para o Estresse* o indivíduo pode apresentar inúmeros sintomas que precisam ser abordados para evitar a progressão para as demais fases.

Foi também utilizado o relatório de licenciamento por motivo de doença no período de 01/01/1999 a 31/12/1999.

3.5. CONTROLE DE BIAS

Para evitar problemas de tendências que poderiam levar a erros de representatividade e de classificação, decorrentes da exclusão dos trabalhadores afastados por razões de saúde, buscou-se levantar informações deste grupo e incorporar à análise dos dados gerais.

3.6. PLANO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram agrupados conforme as variáveis e indicadores que permitissem caracterizar a população de estudo e o ambiente de trabalho.

O nível de significância utilizado nas decisões de todos os testes estatísticos, foi de 5%. O “software” utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SAS, na versão 6.12 para microcomputador.

Para consecução de nossos objetivos, foram utilizados o teste Qui-quadrado de independência, os testes da Razão de Verossimilhança e o teste Exato de Fisher, quando as condições para a utilização do teste Qui-quadrado não foram possibilitadas. A escolha entre o teste da Razão de Verossimilhança em vez do Exato de Fisher foi em função da impossibilidade do programa estatístico em rodar este último, que dependendo do tamanho da amostra pode ser impraticável a sua obtenção, devido ao elevado tempo para a sua execução.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram categorizados em tabelas, analisados estatisticamente e comentados à luz da fundamentação teórica trabalhada.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA

Fica demonstrado na tabela-2, que 55,4% dos pesquisados estavam na faixa etária de 40 a 49 anos e que a maioria, 62,2% era do gênero feminino.

Tabela-2. Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis faixa etária e gênero.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária em anos (n = 682)		
27 a 29	17	2,5
30 a 39	212	31,1
40 a 49	378	55,4
50 ou mais	75	11,0
Gênero (n = 682)		
Masculino	258	37,8
Feminino	424	62,2

4.2. ANÁLISE DA FUNÇÃO EXERCIDA

A maioria dos trabalhadores exercia funções gerenciais (52,1%), seguidos por caixas executivos (27,4%). A postura de trabalho predominantemente sentada foi referida por 95,0% pessoas. Quanto ao tempo na função, 47,2% trabalhavam na mesma função a mais de 3 anos (Tabela-3).

Tabela-3. Distribuição dos bancários segundo a análise da função atual.

ANÁLISE DA FUNÇÃO ATUAL	N	%
FUNÇÃO PREDOMINANTE EXERCIDA ATUALMENTE (N = 682)		
Caixa executivo	187	27,4
Cargos gerenciais	355	52,1
Supervisões	10	1,5
Advogados	02	0,3
Assistentes	06	0,9
Auditores	09	1,3
Cargos auxiliares	26	3,8
Cargos de analistas	28	4,1
Operadores periféricos	06	0,9
Cargos administrativos (sem cargos comissionados)	48	7,0
Operador assistente informática	04	0,6
Contínuo	01	0,1
POSTURA DE TRABALHO PREDOMINANTE (N = 343)		
Sentado	326	95,0
Em pé	17	5,0
TEMPO (EM MESES E ANOS) NESTA FUNÇÃO (N = 305)		
Ate 6 meses	29	9,5
6 a 12 meses	57	18,7
> 1 a 2 anos	47	15,4
> 2 a 3 anos	28	9,2
> 3 a 5 anos	31	10,2
> 5 a 10 anos	66	21,6
> 10 a 15 anos	26	8,5
> 15 a 30 anos	21	6,9

4.3. AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS À SAÚDE

Na tabela-4 está sumariado os fatores de riscos à saúde a que os indivíduos estavam expostos. Foi observado que 86,7% não era fumante e que 74,8% nunca fumou. Entre os fumantes a maioria tinha o hábito há mais de 5 anos, sendo que apenas 1,6% referiu fumar mais de um maço de cigarros por dia. Apenas 3,1% referiu o consumo de bebidas alcoólicas, e somente 0,3% mencionou “abuso de álcool”. Declararam ser usuário ou ex-usuário de drogas 1,8% dos indivíduos. 51,9% referiram vida sedentária e apenas 26,0% desenvolvia atividade física de forma regular.

Tabela-4. Distribuição dos indivíduos segundo a avaliação de riscos.

AVALIAÇÃO DE RISCOS	N	%
TABAGISMO (N = 682)		
Sim	91	13,3
Não	591	86,7
TABAGISMO NÚMERO DE CIGARROS DIAS (N= 682)		
Não fuma	591	86,7
1 a 10	49	7,2
11 a 20	31	4,5
Mais de 20	11	1,6
TABAGISMO TEMPO EM ANOS DE FUMO (N = 682)		
Nunca fumou	510	74,8
1 a 5	21	3,1
6 a 10	34	5,0
11 a 20	67	9,8
21 ou mais	50	7,3
ALCOOLISMO (N = 682)		
Não diagnosticado	659	96,6
Diagnosticado	21	3,1
Abuso	02	0,3
DROGAS (N = 682)		
Não usuário	670	98,2
Usuário	09	1,3
Ex-usuário	03	0,4
ATIVIDADE FÍSICA (N = 682)		
Sedentária	354	51,9
Irregular	151	22,1
Regular (30 minutos por dia e 3 vezes por semana).	177	26,0

4.4. ESTUDO DAS VARIÁVEIS REFERENTES À SAÚDE OCUPACIONAL

Quanto às variáveis relativas à saúde ocupacional que podem trazer riscos à saúde, na Tabela-5 destaca-se que 55,5% dos indivíduos tinham um médio ou baixo grau de motivação para o trabalho.

Aproximadamente metade (50,4%), considerou o clima organizacional da empresa bom, e apenas 5,8% ruim. Referiram doença relacionada ao trabalho 29,2%. O volume de serviços foi considerado excessivo para mais da metade (53,2%) dos trabalhadores. O conforto no local de trabalho foi considerado médio para exatamente metade dos pesquisados e baixo para 22,9% dos indivíduos.

Tabela-5. Distribuição dos indivíduos segundo variáveis relativas à saúde ocupacional.

VARIÁVEIS RELATIVAS À SAÚDE OCUPACIONAL	N	%
GRAU DE MOTIVAÇÃO COM A ATIVIDADE (N = 668)		
Alto	297	44,5
Médio	294	44,0
Baixo	77	11,5
CLIMA ORGANIZACIONAL (N = 667)		
Bom	356	50,4
Médio	272	40,8
Ruim	39	5,8
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO BANCÁRIO (N = 674)		
Sintomática	197	29,2
Assintomática	477	70,8
VOLUME DE SERVIÇOS (N = 671)		
Adequado	314	46,8
Excessivo	357	53,2
CONFORTO NO LOCAL DE TRABALHO (N = 682)		
Alto	185	27,1
Médio	341	50,0
Baixo	156	22,9

Na tabela-6 se verifica que o grau de motivação com a atividade foi alto entre os analistas, enquanto que os maiores percentuais de baixo grau de motivação ficaram entre os cargos administrativos não comissionados.

Tabela-6. Distribuição dos indivíduos segundo a função e o grau de motivação.

FUNÇÃO	GRAU DE MOTIVAÇÃO						TOTAL	
	ALTO		MÉDIO		BAIXO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Caixa executivo	55	30,2	101	55,5	26	14,3	182	100,0
Cargos gerenciais / supervisões	177	49,3	146	40,7	36	10,0	359	100,0
Cargos administrativos / sem comissão	18	38,3	20	42,6	09	19,2	47	100,0
Cargos auxiliares	14	53,8	10	38,5	02	7,7	26	100,0
Cargos de analistas	18	66,7	09	33,3	00	00	27	100,0
Outros cargos	15	55,6	08	29,6	04	14,8	27	100,0
TOTAL	297	44,5	294	44,0	77	11,5	668	100,0

P valor < 0,001

Outros = Advogados, Assistentes, Auditores, Operadores periféricos, Operador assistente de informática e Contínuo.

Fica demonstrado na tabela-7 que em todas as funções prevaleceu a avaliação de que existia um bom clima organizacional na empresa.

Tabela-7. Distribuição dos indivíduos segundo a função e o clima organizacional.

FUNÇÃO	CLIMA ORGANIZACIONAL						TOTAL	
	BOM		MÉDIO		RUIM		N	%
Caixa executivo	87	48,3	78	43,3	15	8,3	181	100,0
Cargos gerenciais / supervisões	190	53,1	154	43,0	14	3,9	358	100,0
Cargos administrativos não comissionados	28	59,6	17	36,2	02	4,3	47	100,0
Cargos auxiliares	19	73,1	05	19,2	02	7,7	26	100,0
Cargos de analistas	17	60,7	08	28,6	03	10,7	28	100,0
Outros cargos	15	53,6	10	35,7	03	10,7	28	100,0
TOTAL	356	53,4	272	40,8	39	5,8	667	100,0

P valor = 0,111

A observação da tabela-8 indica que os indivíduos que desenvolviam as funções de caixa executivo e analistas, em sua maioria, considerou o volume de serviços excessivo.

Tabela-8. Distribuição dos indivíduos segundo a função e o volume de serviços.

FUNÇÃO	VOLUME DE SERVIÇOS				TOTAL	
	ADEQUADO		EXCESSIVO		N	%
	N	%	N	%		
Caixa executivo	37	20,3	145	79,7	182	100,0
Cargos gerenciais / supervisões	192	53,5	167	46,5	359	100,0
Cargos administrativos / sem comissão	38	79,2	10	20,8	48	100,0
Cargos auxiliares	14	53,8	12	46,2	26	100,0
Cargos de analistas	13	46,4	15	53,6	28	100,0
Outros cargos	20	71,4	8	28,6	28	100,0
TOTAL	314	46,8	357	53,2	671	100,0

P valor < 0,001

Na tabela-9 observa-se que em todas as Funções a maioria dos indivíduos estava assintomática, no entanto entre os sintomáticos havia maior freqüência de caixas executivos.

Tabela-9. Distribuição dos indivíduos segundo a função e sintomas de doenças relacionadas ao trabalho

FUNÇÃO	SINTOMÁTICO		ASSINTOMÁTICO		TOTAL	
	N	%	N	%	Nº	%
Caixa executivo	92	49,7	93	50,3	185	100,0
Cargos gerenciais / Supervisões	90	24,9	271	75,1	361	100,0
Cargos administrativos não comissionados	06	12,5	42	87,5	48	100,0
Cargos auxiliares	03	11,5	23	88,5	26	100,0
Cargos de analistas	03	11,5	23	88,5	26	100,0
Outros cargos	03	10,7	25	89,3	28	100,0
TOTAL	197	29,2	477	70,8	674	100,0

P < 0,001*

Outros = Advogados, Assistentes, Auditores, Operadores periféricos, Operador Assistente de informática e Contínuo.

4.5. AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS POR MOTIVO DE DOENÇA

Da observação da Tabela-10 pode-se inferir a terceira causa mais freqüente de afastamento foi provocada por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representando 11,5% dos afastamentos. Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 5,2 % dos casos de afastamento.

Tabela-10. Distribuição dos bancários que estavam afastados por motivo de doença, segundo a classificação internacional de doenças – CID-10

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS/CID	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99)	60	16,4
Neoplasias (Tumores) (C00 – 48)	14	3,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 – E90)	02	0,5
Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99)	19	5,2
Doenças do sistema nervoso (G00 – G09)	11	3,0
Doenças do olho e anexos (H00 – H59)	27	7,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95)	02	0,5
Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99)	12	3,3
Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99)	84	23,0
Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93)	18	4,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 – L99)	03	0,8
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99)	42	11,5
Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99)	22	6,0
Gravidez, parto e puerpério (O00 –O99)	04	1,1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 – R99)	15	4,1
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S – T)	29	7,9
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99)	02	0,5
TOTAL	366	100,0

Observa-se na Tabela-11 as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, assim como os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis pelo afastamento do trabalho, de um percentual maior de mulheres.

Tabela-11. Distribuição dos indivíduos por gênero e afastamentos por motivo de doença, segundo a Classificação Internacional de Doenças/ CID -10.

CID	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99)	38	63,3	22	36,7	60	100,0
Neoplasias (Tumores) (C00 – 48)	07	50,0	07	50,0	14	100,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 – E90)	02	100,0	00	0,0	02	100,0
Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99)	09	47,4	10	52,6	19	100,0
Doenças do sistema nervoso (G00 – G09)	03	27,3	08	73,7	11	100,0
Doenças do olho e anexos (H00 – H59)	17	63,0	10	37,0	27	100,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95)	02	100,0	00	00	02	100,0
Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99)	08	66,7	04	33,3	12	100,0
Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99)	40	47,6	44	52,4	84	100,0
Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93)	12	66,7	06	33,3	18	100,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 – L99)	01	33,3	02	66,7	03	100,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99)	15	35,7	27	64,3	42	100,0
Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99)	05	22,7	17	77,3	22	100,0
Gravidez, parto e puerpério (O00 – O99)	00	0,0	04	100,0	04	100,0
Sintomas, sinais e achados anormais de ex. clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 – R99)	10	66,7	05	33,3	15	100,0
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S – T)	15	51,7	14	48,3	29	100,0
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99)	00	0,0	02	100,0	02	100,0
TOTAL	184	50,3	182	49,7	366	100,0

P valor = 0,001

Pode-se destacar na Tabela-12, que a causa de afastamento por motivo de saúde com média mais elevada de dias afastados foi relacionada às doenças do aparelho circulatório. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram a sexta causa de doenças com maior número de dias de afastamento ao trabalho (9,74 dias em média). Os transtornos mentais e comportamentais representaram a sétima causa (8,52 dias em média).

Tabela-12. Média e desvio padrão do número de dias de afastamento do trabalho por CID

CID	MÉDIA DE DIAS DE AFASTAMENTO	DESVIÃO PADRÃO
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (n = 60)	4,25	3,16
Neoplasias (Tumores) (n = 14)	9,86	8,35
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (n = 02)	11,00	5,66
Transtornos mentais e comportamentais (n = 19)	8,52	7,46
Doenças do sistema nervoso (n = 11)	5,09	6,22
Doenças do olho e anexos (n = 27)	3,41	3,24
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (n = 02)	4,50	4,95
Doenças do aparelho circulatório (n = 12)	11,92	7,45
Doenças do aparelho respiratório (n = 84)	3,03	2,66
Doenças do aparelho digestivo (n = 18)	6,44	9,61
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (n = 03)	4,67	0,58
D.do sist. osteomuscular e do tecido conjuntivo (n = 42)	9,74	9,27
Doenças do aparelho geniturinário (n = 22)	10,18	9,95
Gravidez, parto e puerpério (n =04)	10,00	6,27
Sintomas, sinais e achados anormais de ex.clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (n = 15)	2,60	2,67
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (n = 29)	7,17	5,92
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (n =02)	1,50	0,71
TOTAL (n = 366)	5,97	6,62

Na Tabela-13, está sumariado que entre as causas de afastamentos por motivos de doenças relacionados às doenças do aparelho osteomuscular e tecido conjuntivo, a maior frequência foi representada por sinovite e tenossinovite não especificada.

Tabela-13. Distribuição dos indivíduos afastados por motivo de doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

CAUSAS DE AFASTAMENTOS	N	%
Sinovite e tenossinovite não especificada	12	28,5
Entesopatias não especificadas	04	9,5
Lumbago	04	9,5
Cervicalgia	02	4,7
Transt. de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia	02	4,7
Espondilose	03	7,1
Transtornos de ligamento	01	2,4
Ciática	01	2,4
Síndrome do túnel carpal	01	2,4
Outros transtornos sinoviais, dos tendões da bolsa sinovial	01	2,4
Tendinite calcificante do ombro	01	2,4
Desarranjos internos do joelho	01	2,4
Distensão muscular	01	2,4
Dedo em gatilho	01	2,4
Outras lesões do ombro	01	2,4
Dor lombar baixa	01	2,4
Transtornos dos ligamentos dos músculos e das fâscias	01	2,4
Síndrome do manguito rotador do ombro transtornos afins	01	2,4
Deslocamentos discais intervertebrais especificados	01	2,4
Diástase de músculos	01	2,4
Transtornos do cóccix	01	2,4
TOTAL	42	100,0

Na tabela-14, pode-se aferir que entre as causas das licenças por motivo de doença entre os trabalhadores que não realizaram o exame periódico, como previsto, foram em 33,3% dos casos provocadas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e em 22,2% dos casos relacionados a transtornos mentais e comportamentais.

Tabela-14. Distribuição das causas de afastamento do trabalho por licença médica entre indivíduos que não realizaram o exame periódico previsto.

CAUSAS	N	%
Sinovite e tenossinovite	02	22,2%
Síndrome do manguito rotador do ombro	01	11,1%
Transtornos ansiosos	02	22,2%
Nasofaringites	02	22,2%
Efeito tardio de lesão traumática	01	11,1%
Transtornos da placenta não especificados	01	11,1%
TOTAL	09	100,0%

Causas de licença contidas no relatório anual: Perfil geral de licenças no ano de 1999

4.6. AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS ÓSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

Na tabela-15. fica demonstrado que o sintoma presente e persistente nos últimos seis meses mais referido foi a dor com localização nos ombros e/ou pescoço. Vale ressaltar que a dor e todos os demais sintomas foram referidos com maior frequência na situação de atividade laboral e mesmo em repouso.

Tabela-15. Sintomas presentes e persistentes nos últimos seis meses

SINTOMAS	N	%
DOR NOS DEDOS, MÃOS, PUNHOS (N = 387)		
• Só em atividade	68	17,6
• Atividade e em repouso	73	18,9
• Não apresenta este sintoma	246	63,6
DOR NO ANTEBRAÇOS E/OU COTOVELO (N = 387)		
• Só em atividade	30	7,8
• Atividade e em repouso	53	13,7
• Não apresenta este sintoma	304	78,6
DOR NOS OMBROS E/OU PESCOÇO (N = 387)		
• Só em atividade	33	8,5
• Atividade e em repouso	120	31,0
• Não apresenta este sintoma	234	60,5
FRAQUEZA MUSCULAR E/CÁIBRAS (N = 387)		
• Só em atividade	22	5,7
• Atividade e em repouso	44	11,4
• Não apresenta este sintoma	321	82,9
FORMIGAMENTO E/OU DORMÊNCIA NAS MÃOS (N = 387)		
• Só em atividade	11	2,8
• Atividade e em repouso	56	14,5
• Não apresenta este sintoma	320	82,7
ENGROSSAMENTO DAS MÃOS E PUNHOS/ANTEBRAÇOS (N = 387)		
• Só em atividade	15	3,9
• Atividade e em repouso	25	6,5
• Não apresenta este sintoma	347	89,7

Da tabela-16 observa-se que 47,4% considerou que os sintomas eram relacionados parcialmente com a função que exerciam no trabalho. 44,6% referiu que os sintomas estavam totalmente relacionados, e apenas 8,0% não os relacionou com o trabalho. Ainda é possível observar que entre aqueles que consideraram ser os sintomas relacionados com a ocupação 17,6% os relacionou também com tarefas repetitivas e 15,5% relacionou os sintomas às tarefas repetitivas associadas ao excesso de trabalho por falta de pessoal.

Tabela-16. Avaliação da percepção dos trabalhadores em relação a causalidade dos sintomas e a função exercida

CAUSALIDADE DOS SINTOMAS	N	%
SINTOMAS RELACIONADOS COM A FUNÇÃO (N = 213)		
• Não	17	8,0
• Parcialmente	101	47,4
• Totalmente	95	44,6
CAUSAS ATRIBUÍDAS (N = 187)		
• S1	33	17,6
• S2	01	0,5
• S1 + S2	02	1,1
• S4	25	13,4
• S1 + S3	09	4,8
• S2 + S3	01	0,5
• S1 + S2 + S3	02	1,1
• S8	03	1,6
• S1 + S4	01	0,5
• S3 + S4	03	1,6
• S1 + S3 + S4	04	2,1
• S16	19	10,2
• S1 + S5	29	15,5
• S2 + S5	02	1,1
• S1 + S2 + S5	13	7,0
• S3 + S5	06	3,2
• S1 + S3 + S5	13	7,0
• S1 + S2 + S3 + S5	03	1,6
• S4 + S5	01	0,5
• S1 + S4 + S5	02	1,1
• S2 + S4 + S5	01	0,5
• S3 + S4 + S5	03	1,6
• S1 + S3 + S4 + S5	08	4,3
• S1 + S2 + S3 + S4 + S5	03	1,6

S1 = Tarefas repetitivas, sem pausa; S2 = Horas-extras ou prêmio por produtividade.

S3 = Móvel do posto de trabalho desconfortável. S4 = Ruído, temperatura, luminosidade.

S5 = Excesso de trabalho por falta de pessoal. S6 = Prêmio por produtividade

Na tabela-17. Observa-se que entre os 192 que responderam sobre cuidados à saúde diante dos *Sintomas*, 49,0% referiram manter-se trabalhando normalmente e cerca de 45,0% mantêm-se trabalhando normalmente, porém recorrem a médicos.

Tabela-17. Relação das condutas adotadas no início dos sintomas

CONDUTAS ADOTADAS	N	%
C1	94	49,0
C2	01	0,5
C4	02	1,0
C1 + C4	01	0,5
C7	03	1,6
C1 + C7	02	1,0
C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7	01	0,5
C1 + C8	01	0,5
C9	13	6,8
C1 + C9	33	17,2
C2 + C9	01	0,5
C1 + C2 + C9	02	1,0
C1 + C3 + C9	01	0,5
C4 + C9	01	0,5
C1 + C3 + C4 + C9	01	0,5
C5 + C9	07	3,6
C1 + C5 + C9	02	1,0
C4 + C5 + C9	01	0,5
C1 + C6 + C9	02	1,0
C1 + C4 + C6 + C9	01	0,5
C7 + C9	01	0,5
C1 + C7 + C9	07	3,6
C2 + C7 + C9	01	0,5
C1 + C4 + C7 + C9	01	0,5
C5 + C7 + C9	03	1,6
C1 + C3 + C6 + C7 + C9	01	0,5
C8 + C9	01	0,5
C1 + C4 + C8 + C9	01	0,5
C7 + C8 + C9	02	1,0
C1 + C7 + C8 + C9	03	1,6
C5 + C7 + C8 + C9	01	0,5
TOTAL	192	100,0

C1 = Manteve-se trabalhando normalmente; C2 = Afastou-se com abonos, férias, licença. prêmio;

C3 = Ausentou-se por acidente de trabalho; C4 = Trocou de função ou tarefas;

C5 = Afastou-se em licença-saúde; C6 = procurou médico do trabalho; C7 = Procurou o clínico;

C8 = Procurou neurologista; C9 = Procurou ortopedista, reumatologista;

4.7. AVALIAÇÃO MÉDICA DOS DISTÚRBIOS ÓSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

Na tabela-18 verifica-se que entre 387 pesquisados, os sintomas osteomusculares foram referidos por 60,3% dos trabalhadores. Havia maior incidência no gênero masculino (51,93%).

Tabela-18. Presença de sintomas osteomusculares segundo o gênero.

SINTOMAS OSTEOMUSCULARES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Dor ou desconforto apenas enquanto trabalha	57	32,9	62	29,0	119	30,8
Dor ou desconforto mesmo em repouso	64	37,0	50	23,4	114	29,5
Não apresenta estes sintomas	52	30,1	102	47,7	154	39,8
TOTAL	173	100,0	214	100,0	387	100,0

P valor < 0,001

A Tabela-19 mostra que em todas as faixas etárias prevaleceu a sintomatologia osteomuscular. A faixa etária que apresentou o maior percentual de queixas osteomusculares foi a de 40 a 49 anos.

Tabela-19. Presença de sintomas osteomusculares segundo faixa etária

SINTOMAS OSTEOMUSCULARES	IDADE EM ANOS						TOTAL	
	ATÉ 39		40 A 49		50 OU MAIS		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Dor ou desconforto apenas enquanto trabalha	40	32,8	69	30,7	10	25,0	119	30,8
Dor ou desconforto mesmo em repouso	33	27,1	70	31,1	11	27,5	114	29,5
Não apresenta este sintoma	49	40,1	86	38,2	19	47,5	154	39,8
TOTAL	122	100,0	225	100,0	40	100,0	387	100,0

P valor= 0,766

A tabela-20 revela que na anamnese, 49,3% dos bancários referiram dor ou desconforto mesmo em repouso. 20,7% queixaram-se de dor apenas durante o trabalho e 30,0% negaram o sintoma. Dentre os que referiram outros sintomas, 47,7% citaram alterações da sensibilidade e da força muscular.

Tabela-20. Relação dos sintomas referidos na anamnese e relação com o repouso

SINTOMAS	N	%
Dor Referida (n = 227)		
• Dor ou desconforto apenas enquanto trabalha	47	20,7
• Dor ou desconforto mesmo em repouso	112	49,3
• Sem referência	68	30,0
Outros Sintomas (n = 88)		
Alteração de sensibilidade	20	22,7
Alteração da força muscular	26	29,5
Alteração de sensibilidade e da força muscular	42	47,7

A tabela-21 revela que durante o exame físico (inspeção), o aumento de volume na cintura escapular foi observado em 47,3% dos indivíduos. Em 43,6% foi encontrado aumento de volume de antebraços. Também se observou que a assimetria de contornos com localização na cintura escapular foi encontrada em 44,1% dos que apresentaram a alteração.

Tabela- 21. Distribuição dos achados no exame físico-Inspeção.

INSPEÇÃO	N	%
Assimetria de contornos (n = 34)		
L1	06	17,6
L2	10	29,4
L3	01	2,9
L4	15	44,1
L3 + L4	02	5,9
Aumento de volume (n = 55)		
L1	01	1,8
L2	24	43,6
L3	01	1,8
L4	26	47,3
L2 + L4	02	3,6
L3 + L4	01	1,8
Postura antálgica (n = 2)		
L3	01	50,0
L4	01	50,0
Eritema (n = 7)		
L1	07	100,0
Atrofia (n = 2)		
L1	02	100,0

L1 = Mãos e punhos; L2 = Antebraços; L3 = Braços e ombros; L 4 = Cintura escapular.

A tabela-22 revela que durante o exame físico (Palpação), os sinais e sintomas relativos à cintura escapular representam 74,0% do total, e que a observação mais freqüente foi a tensão.

Tabela-22. Distribuição dos achados no exame físico- (Palpação)

PALPAÇÃO	N	%
Tensão (n = 81)		
• L2	02	2,5
• L3	02	2,5
• L4	67	82,7
• L2 + L4	08	9,9
• L3 + L4	01	1,2
• L2 + L3 + L4	01	1,2
Dor (n = 23)		
• L1	05	21,7
• L2	04	17,4
• L3	03	13,0
• L4	06	26,1
• L1 + L4	01	4,3
• L2 + L4	01	4,3
• L3 + L4	02	8,7
• L1 + L2 + L3 + L4	01	4,3
Nódulos (n = 9)		
• L1	04	44,4
• L2	02	22,2
• L2 + L3	02	22,2
• L4	01	11,1
Espessamento dos tendões (n = 4)		
• L2	04	100,0

L1 = Mãos e punhos;

L2 = Antebraços;

L3 = Braços e ombros;

L4 = Cintura escapular

A tabela-23 revela que durante o exame físico (Mobilização), o sintoma mais observado foi a dor à mobilização das articulações (81 indivíduos). A localização mais freqüente foi braços e ombros com 43,2% dos casos.

Tabela-23. Distribuição dos achados no exame físico-(Mobilização)

MOBILIZAÇÃO	N	%
Dor (n = 81)		
• L1	14	17,3
• L2	03	3,7
• L1 + L2	03	3,7
• L3	35	43,2
• L1 + L3	06	7,4
• L2 + L3	03	3,7
• L1 + L2 + L3	02	2,5
• L4	05	6,2
• L1 + L4	02	2,5
• L3 + L4	03	3,7
• L1 + L3 + L4	01	1,2
• L2 + L3 + L4	03	3,7
• L1 + L2 + L3 + L4	01	1,2
Redução de força (n = 16)		
• L1	06	37,5
• L2	02	12,5
• L1 + L2	03	18,8
• L3	02	12,5
• L1 + L3	02	12,5
• L1 + L2 + L3	01	6,3
Limitação dos movimentos (n = 22)		
• L1	04	18,2
• L2	01	4,5
• L1 + L2	01	4,5
• L4	12	54,5
• L1 + L3	01	4,5
• L2 + L3	01	4,5
• L4	01	4,5
• L1 + L2 + L3 + L4	01	4,5

L1 = Mãos e punhos;

L2 = Antebraços;

L3 = Braços e ombros;

L4 = Cintura escapular;

A tabela-24 revela que durante o exame físico (Avaliação de sinais neurológicos), 21 indivíduos apresentaram estes sinais, sendo que a quase a totalidade (95,2%) referiu aumento da sensibilidade dolorosa, predominantemente nas mãos e punhos (80,0%).

Tabela-24. Distribuição dos achados no exame físico- (Sinais neurológicos).

SINAIS NEUROLÓGICOS	N	%
Maior sensibilidade dolorosa (n = 20)		
L1	16	80,0
L2	02	10,0
L3	01	5,0
L4	01	5,0
Diminuição da sensibilidade (n = 1)		
L1	01	100,0

L1 = Mãos e punhos;

L2 = Antebraços;

L3 = Braços e ombros;

L 4 = Cintura escapular;

4.8. CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR QUANTO AOS DISTÚRBIOS ÓSTEMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

A tabela-25 mostra que o médico examinador considerou que os sintomas ou sinais apresentados são determinados pela função exercida em 50,6% dos indivíduos, e que em 44,9% dos trabalhadores esta relação era parcial.

Tabela-25. Distribuição segundo os sintomas/sinais apresentados e sua relação com a função exercida.

SINTOMAS/ SINAIS APRESENTADOS	N	%
Não se relacionam com a função exercida	08	4,5
Relacionam-se parcialmente com a função exercida	79	44,9
São determinados pela função exercida	89	50,6
TOTAL	176	100,0

4.9. ESTUDO DAS FASES DA DORT

A tabela-26 mostra que dos 229 bancários que foram avaliados quanto ao estadiamento da DORT, mais da metade (58,5%) estava na fase zero. Destaca-se que nenhum dos pesquisados apresentou estadiamento 4.

Tabela-26. Distribuição dos indivíduos segundo o estadiamento da DORT

ESTADIAMENTO	N	%
Fase 0	134	58,5
Fase 1	69	30,1
Fase 2	22	9,6
Fase 3	04	1,7
Fase 4	00	0,0
TOTAL	229	100,0

Verifica-se na Tabela-27 que 49,46% apresentavam sintomas só quando estavam em atividade, e 50,54% apresentaram sintomas em atividade e mesmo em repouso. Entre aqueles que estavam nas fases mais avançadas da DORT (1,2 e 3) ocorreu maior incidência de dores ósteomusculares em atividade e mesmo em repouso (25,80%).

Tabela-27. Distribuição dos indivíduos segundo o estadiamento da DORT e a presença de dores osteomusculares.

ESTADIAMENTO	DORES OSTEOMUSCULARES				TOTAL	
	SÓ EM ATIVIDADE		EM ATIVIDADE E MESMO EM REPOUSO		N	%
	N	%	N	%		
Fase 0	59	31,72	46	24,73	105	56,45
Fase 1	24	12,90	36	19,35	60	32,26
Fase 2	08	4,30	09	4,84	17	9,14
Fase 3	01	0,54	03	1,62	04	2,15
TOTAL	92	49,46	94	50,54	186	100,0

P valor = 0,200

Está demonstrado na tabela-28. Que nas fases mais avançadas (1,2 e 3), os percentuais são mais elevados no gênero feminino. A fase zero da DORT foi mais elevada entre os homens.

Tabela-28. Distribuição dos bancários segundo o estadiamento da DORT e o gênero.

ESTADIAMENTO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Fase 0	69	30,13	65	28,38	134	58,5
Fase 1	28	12,23	41	17,90	69	30,1
Fase 2	07	3,07	15	6,55	22	9,6
Fase 3	01	0,43	03	1,31	04	1,6
TOTAL	105	45,86	124	54,14	229	100,0

P valor= 0,177

4.10. AVALIAÇÃO DAS FASES DE ESTRESSE.

Pode-se destacar na tabela-29 que 34.1% apresentou pontuação para estresse, se enquadrando nas fases 1,2 e 3. A fase mais prevalente foi a de *Resistência* com 77,25% dos casos.

Tabela-29. Distribuição dos indivíduos segundo as fases do estresse

ESTRESSE (n = 682)	N	%
• Insignificante	449	65,8
• Alerta	05	0,7
• Resistência	180	26,4
• Exaustão	48	7,0
TOTAL	682	100,00

Na tabela-30 observa-se que a fase do estresse mais prevalente nos dois gêneros foi a de *Resistência*. Entre as mulheres as fases de *Resistência* e *Exaustão* foram mais relevantes que entre os homens. A pontuação *Insignificante* para o estresse foi mais prevalente no gênero masculino.

Tabela-30. Distribuição segundo as fases do estresse e o gênero

ESTRESSE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Insignificante	308	72,6	141	54,7	449	65,8
Alerta	05	1,2	00	0,0	05	0,7
Resistência	87	20,5	93	36,1	180	26,4
Exaustão	24	5,7	24	9,3	48	7,0
TOTAL	424	100,0	258	100,0	682	100,0

P valor < 0,001

Na tabela-31. Verifica-se que em todas as funções houve maior representação da pontuação *Insignificante* para o estresse. Contudo, o percentual mais expressivo da fase de *Exaustão* está entre aqueles que têm Cargos administrativos não comissionados.

Tabela-31. Distribuição segundo as fases do estresse e a função.

FUNÇÃO	FASES DO ESTRESSE								TOTAL	
	INSIGNIFICANTE		ALERTA		RESISTÊNCIA		EXAUSTÃO		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Caixa executivo	124	66,3	00	00	52	27,8	11	5,9	187	100,0
Cargos gerenciais	234	64,1	04	1,1	100	27,4	27	7,4	365	100,0
Supervisões										
Administrativos não comissionados	31	64,6	00	0,0	11	22,9	06	12,5	48	100,0
Cargos auxiliares	20	76,9	00	0,0	06	23,1	00	0,0	26	100,0
Cargos de analistas	19	67,9	01	3,6	06	21,4	02	7,1	28	100,0
Outros cargos	21	75,0	00	0,0	05	17,9	02	7,1	28	100,0
TOTAL	449	65,8	05	0,7	180	26,4	48	7,0	682	100,0

P valor = 0,458

Outros = Advogados, Assistentes, Auditores, Operadores periféricos, Operador assistente informática, Contínuo.

Na tabela-32 observa-se que entre os indivíduos com pontuação *Insignificante* para estresse, foi mais elevada a referência de bom clima organizacional (72,7%). Entre os classificados na fase de *Exaustão* a maior referência foi de clima organizacional ruim.

Tabela-32. Distribuição segundo as fases do estresse e o clima organizacional

ESTRESSE	CLIMA ORGANIZACIONAL						TOTAL	
	BOM		MÉDIO		RUIM		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Insignificante	259	72,7	161	59,2	21	53,8	441	66,1
Alerta	02	0,6	02	0,7	00	0,0	04	0,6
Resistência	77	21,6	86	31,6	11	28,2	174	26,1
Exaustão	18	5,1	23	8,5	07	17,9	48	7,2
TOTAL	356	100,0	272	100,0	39	100,0	667	100,0

(P valor) = 0,004.

Na Tabela-33 verifica-se que não se comprova diferença elevada em relação ao volume de serviços na atividade e as fases do estresse.

Tabela-33. Distribuição segundo as fases do estresse e o volume de serviços.

ESTRESSE	VOLUME DE SERVIÇOS				TOTAL	
	ADEQUADO		EXCESSIVO		N	%
	N	%	N	%		
Insignificante	221	70,4	220	61,6	441	65,7
Alerta	03	1,0	02	0,6	05	0,8
Resistência	73	23,3	105	29,4	178	26,5
Exaustão	17	5,4	30	8,4	47	7,0
TOTAL	314	100,0	357	100,0	671	100,0

P valor = 0,076

Da tabela-34 destaca-se que entre indivíduos com pontuação de estresse *Insignificante ou Alerta*, estão os maiores percentuais de assintomáticos e que a diferença entre sintomáticos e assintomáticos cai significativamente entre indivíduos nas fases de *Resistência e Exaustão*.

Tabela-34. Distribuição segundo fases do estresse e sintomas de doenças relacionadas ao trabalho.

ESTRESSE	DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO				TOTAL	
	SINTOMÁTICA		ASSINTOMÁTICA		N	%
	N	%	N	%		
Insignificante	101	22,8	343	77,2	444	100,0
Alerta	00	0,0	05	100,0	05	100,0
Resistência	75	42,4	102	57,6	177	100,0
Exaustão	21	43,8	27	56,2	48	100,0
TOTAL	197	29,2	477	70,8	674	100,0

P valor < 0,001

4.11. RELAÇÃO ENTRE AS FASES DE ESTRESSE E O ESTADIAMENTO DA DORT.

Da tabela 35 se verifica que entre os indivíduos com pontuação *Insignificante* para estresse foi mais freqüente não referir sintomas de dores osteomusculares. Entre aqueles na fase de *Exaustão* foi pequeno o percentual dos que não referiram sintomas.

Tabela-35. Distribuição segundo fases do estresse e a presença de dores osteomusculares.

ESTRESSE	DORES OSTEOMUSCULARES						TOTAL	
	SÓ EM ATIVIDADE		ATIVIDADE E EM REPOUSO		NÃO APRESENTA SINTOMAS		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Insignificante	62	25,7	62	25,7	117	48,5	241	100,0
Alerta	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Resistência	44	38,9	39	34,5	30	26,6	113	100,0
Exaustão	13	40,6	13	40,6	06	18,7	32	100,0
TOTAL	119	30,7	114	29,5	154	39,8	387	100,0

P valor = 0,001

Ao se observar a distribuição dos indivíduos segundo as fases do estresse e as fases de estadiamento da DORT verificou-se que a maior frequência foi daqueles com pontuação insignificante para estresse e fase Zero da DORT (35,8%). Não houve incidência de DORT na fase 3 entre trabalhadores com pontuação insignificante para estresse (Tabela 36).

Tabela-36. Distribuição segundo as fases do estresse e as fases da DORT

ESTRESSE	ESTADIAMENTO/FASES DA DORT								TOTAL	
	0		1		2		3			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Insignificante	82	35,8	33	14,4	08	3,5	00	0,0	123	53,7
Resistência	41	17,9	28	12,2	12	5,2	02	0,9	83	36,2
Exaustão	11	4,8	08	3,5	02	0,9	02	0,9	23	10,0
TOTAL	134	58,5	69	30,1	22	9,6	4	1,8	229	100,0

P valor = 0,016

5.DISSCUSSÃO

O ambiente de trabalho bancário, de aparência moderna, limpa e organizada, esconde os conflitos e tensões que os trabalhadores do setor vivenciam no seu cotidiano de trabalho. O trabalho do bancário caracteriza-se por apresentar diversas cargas psicossociais, destacando-se a exigência de grande atenção e raciocínio rápido, para o exercício da maioria de suas atividades, o que resulta em desgaste físico e mental.

No processo de investigação das doenças e agravos à Saúde do trabalhador se analisou as cargas de trabalho químicas, biológicas, físicas, mecânicas, ergonômicas, psicológicas..., cargas a que os trabalhadores se expõem interagindo com elas. É reconhecido o forte poder de potencialização mútua das cargas, que resultará em desgaste. O desgaste se materializa em doenças e sofrimentos, com perda da capacidade física e psíquica. A agressão à saúde é conseqüência da incapacidade dos mecanismos de reprodução/recuperação de fazer frente à intensidade do desgaste.

Os afastamentos por motivo de doença são questões que trazem sérios prejuízos individuais, ao coletivo dos trabalhadores e à empresa. A ausência de um trabalhador num contexto de sobrecarga de trabalho incrementa este fator ao processo de trabalho dos demais. Sabe-se das perdas à empresa ocasionadas pela redução da produção em decorrência deste déficit na força de trabalho, isto pode incrementar resultados negativos da produção. É necessário considerar também, o alto custo social em decorrência do suporte previdenciário.

A constatação de que na casuística estudada, foi encontrada uma maioria de trabalhadores bancários do gênero feminino, confirma a importância da mulher no mercado de trabalho dessa categoria. Também, a observação de que se trata de trabalhadores predominantemente jovens, indica tendência preferencial das empresas na contratação desses grupos etários. Esta realidade pode ser resultante dos recentes incentivos à demissão e aposentadorias voluntárias, em conseqüência direta das políticas de reestruturação produtiva que se observa neste setor.

Diante da diversidade de formas de sofrimentos não é possível homogeneizar o diagnóstico de saúde mental, indivíduos de uma mesma empresa mantêm relações diferenciadas com o seu objeto de trabalho, com seus pares, e com as demais instâncias hierárquicas, produzindo diferenciadas formas de lidar

com a organização, a depender do cargo, da função, da posição que ocupa na estrutura organizacional, adicionada a história individual de cada um trabalhador.

As LER/DORT são provocadas por acometimento do aparelho locomotor por exigências cumulativas, excessivas e repetidas do trabalho. A LER/DORT corresponde a uma inflamação dos tendões, músculos e nervos, em locais como punhos e ombros, durante a realização de tarefas. É o resultado da falta ou do excesso de hormônios e neurotransmissores, que precisam ser produzidas para regular as inúmeras funções orgânicas. É conhecido que em seu processo de determinação fatores como: intensidade, frequência, ritmo e multiplicidade de tarefas intensificam as manifestações clínicas.

Dentre as doenças do Sistema Osteomuscular há evidências de que a DORT atinge prevalentemente indivíduos ativos, jovens e do sexo feminino. Na bibliografia consultada encontramos relatos de que em populações de trabalhadores na mesma função e tempo de trabalho, a prevalência da LER/DORT foi três vezes maior entre as mulheres. Especula-se haver um menor limiar à dor para o sexo feminino. Entre os afastamentos médicos por motivo de saúde da população estudada, encontramos maior percentual de mulheres acometidas por DORT.

Foi observado uma avaliação positiva em relação ao clima organizacional e a motivação pelo trabalho, mesmo diante das mudanças implementadas pela empresa que aumentou a carga de trabalho individual. Possivelmente, isto se deve ao reconhecimento de que há interesse da empresa em seus recursos humanos e que esta ainda goza de prestígio social, por ser um Banco Público de grande tradição, sendo para alguns, um projeto de vida.

Diversos benefícios concedidos pela empresa fazem diminuir a insatisfação com as sobrecargas e conflitos no trabalho. Entre os benefícios mais atraentes estão: assistência médica familiar, previdência suplementar, lazer, turismo e certa estabilidade no emprego, diferente do setor bancário privado.

A despeito da alta motivação para o trabalho, verificou-se expressivo número dos que consideram o volume de trabalho excessivo. Provavelmente isto se deva a uma opção do banco, de aproximar-se da realidade econômica, em que a competição determina a necessidade institucional, e de desenhar um banco ágil, eficiente e lucrativo, conforme os padrões da globalização, promovendo transformações estruturais com alterações no processo de trabalho, associados aos investimentos em automação. Esta situação agravou-se quando da redução

do quadro de funcionários promovido pelo programa de desligamento voluntário, considerado imprescindível pela direção da empresa. Apesar dos processos de informatização é perceptível que o número de trabalhadores remanescentes não é suficiente para a demanda de trabalho a eles destinada.

A população estudada desempenha em sua maioria atividades gerenciais que requer altos níveis de responsabilidade, de pactuação para com a cultura organizacional, inclusive o comprometimento com sua disseminação para mantê-la dominante. Isto se dá no cotidiano do trabalho, através de regulamentos prescritos e tácitos.

Sendo a DORT uma entidade nosológica cujo diagnóstico é resultante da história ocupacional e exame físico, as avaliações médicas são de fundamental importância para sua caracterização.

A alta prevalência desta patologia é agravada pelas implicações decorrentes. A avaliação médica positiva para estes sinais e sintomas, a partir da fase 1, possivelmente indica a necessidade de afastamento do trabalho e torna imperioso o preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho-CAT, dando ao indivíduo a possibilidade de fazer jus aos benefícios previdenciários que são legalmente estabelecidos.

A racionalização e automação do trabalho bancário desencadeiam riscos para a saúde que favorecem o desgaste físico e mental que se dá pelas exigências de aumento do ritmo, da produtividade e eficiência, incrementando as responsabilidades.

Verificando que os afastamentos por motivo de doença da população alvo tiveram como terceira maior causa as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo, confirmamos as observações de que estas patologias têm uma alta prevalência nessa categoria profissional. Pelas dimensões, é apropriado o seu enquadramento atual entre os problemas de grande relevância em saúde pública.

O estudo constatou que foi elevado, o número de trabalhadores que referiram sintomas do aparelho osteomuscular, relacionando-os diretamente com tarefas repetitivas e excesso de trabalho devido a diminuição no quadro de pessoal da empresa.

Pode-se observar que os Caixas Executivos formam o grupo que mais referiu sintomatologia de doenças relacionadas ao trabalho, ratificando o

pressuposto de que os trabalhadores podem reconhecer no seu cotidiano as relações entre saúde-doença e trabalho.

Ao serem definidas, pelo médico examinador, a fase de estadiamento da DORT, entre os que realizaram o exame médico periódico, se encontrou maior percentual de mulheres nas fases mais graves. Entretanto, os homens queixaram-se mais dos sintomas osteomusculares.

A dor com localização na cintura escapular foi o sintoma mais referido. É reconhecido que a dor crônica é o principal sintoma entre os portadores de DORT, decorrentes do trabalho. Não necessariamente, estas manifestações estão associadas às lesões morfológicas, manifestam-se predominantemente no pescoço, cintura escapular e membros superiores.

Quanto à conduta dos indivíduos em relação ao aparecimento dos sintomas a maioria referiu continuar trabalhando normalmente, sem procurar assistência médica, apesar da manifestação de dor. Este fato pode sugerir uma negação do problema, para impedir seu afastamento do trabalho, que pode estar relacionada com pressões, controle, medo de demissão, exigências por produtividade e competitividade.

Uma alta frequência da dor, mesmo em repouso, observada nos registros da anamnese médica, demonstra haver gravidade no processo clínico desses casos, pois o sintoma já não cessa ao término da exposição aos fatores de risco. Também, foi importante a observação das alterações de sensibilidade e diminuição da força muscular.

A inspeção, que objetiva comparar os lados direito e esquerdo quanto às deformidades, alterações de volume, atrofia e hipertrofia, mostrou maior frequência de aumento no volume da cintura escapular. À palpação, o sinal mais observado foi a tensão do músculo, também mais localizado na cintura escapular. O aumento da sensibilidade dolorosa, dentre as alterações neurológicas, foi a mais frequente, sendo as mãos e punhos os segmentos mais comprometidos. Observa-se um maior acometimento da cintura escapular, confirmando informações encontradas na literatura.

Apesar dos entendimentos diferenciados dos diversos atores envolvidos direta ou indiretamente com a DORT, aonde se chega inclusive a duvidar da veracidade das queixas expressas pelos indivíduos, coletamos deste inventário que, segundo o Médico do Trabalho examinador, os sinais e sintomas positivos

para DORT, presentes na anamnese e exame físico, são relacionadas ou determinadas pela função exercida na quase a totalidade dos indivíduos examinados.

Ao serem associada às informações do exame médico é possível estabelecer as fases de estadiamento da DORT. No estudo observou-se que a maioria dos indivíduos estava na fase Zero, entretanto 41,5% ficaram enquadradas nos demais níveis de DORT. Nesta população não encontramos pessoas na fase 4, podemos aferir que aqueles que se encontram nesta fase ficam sem condições para o trabalho e estão possivelmente afastados. Será importante o levantamento dos casos afastados por estadiamento para confirmar esta premissa.

A análise das variáveis referentes ao Inventário dos sintomas de Estresse demonstrou que em relação à pontuação para enquadramento dos níveis de Estresse, a maioria dos trabalhadores apresentou pontuação insignificante, mas 34% apresentaram algum nível de Estresse. Verificam-se no cotidiano destes trabalhadores, relatos de medo de adoecer mentalmente, da fadiga decorrente da jornada de trabalho agravada pela crescente redução do quadro funcional, o receio da violência através dos assaltos, enfim várias contingências que tencionam o processo de trabalho.

Ficou demonstrado que a pontuação Insignificante para o estresse foi a mais prevalente em todas as funções, no entanto, o percentual mais expressivo da fase de exaustão está entre aqueles que têm Cargos Administrativos não Comissionados. Resguardando-nos pelo fato desta investigação, não ter incorporado a sua metodologia a Análise Coletiva do Trabalho, desenvolvida por Leda Leal Ferreira, onde através de reuniões com os trabalhadores identifica-se com a pergunta: O que você faz no trabalho? Um desenho dos processos de trabalho mais próximo do real, podemos aferir que o não incentivo, através de comissão, pode ser um dos fatores para aumento de insatisfação e estresse. Os indivíduos deste grupo não ocupam posições gerenciais.

6.CONCLUSÕES

1.CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA

- A maioria da população estudada era do gênero feminino e com idade até 49 anos.

2. ANÁLISE DA FUNÇÃO ATUALMENTE EXERCIDA

- Tratava-se de uma população que desempenhava atividades com alto nível decisório durante toda a jornada de trabalho, com alta carga de trabalho mental e baixa carga de atividade física. A maioria exercia funções gerenciais ou de caixas executivos. Observou-se também que 43,3% estavam na função a menos de 03 anos.

3. AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS À SAÚDE

- Este grupo de trabalhadores era composto em sua maioria de não fumantes, não alcoolistas e não usuários de drogas. A vida sedentária foi o fator de risco a saúde mais prevalente nesta população, em especial entre as mulheres. Associa-se a este risco a postura de trabalho predominantemente sentada.

4. ESTUDO DAS VARIÁVEIS REFERENTES À SAÚDE OCUPACIONAL

- Um percentual significativo destes bancários (29,2%) referiu doenças relacionadas ao trabalho. Entre os sintomáticos havia maior freqüência de caixas executivos.
- Em sua maioria os indivíduos que desenvolviam as funções de caixa executivo e analistas consideravam o volume de serviços excessivo.
- O clima organizacional foi considerado bom pela maioria dos trabalhadores em todas as funções.
- Verificamos que o grau de motivação com a atividade foi alto entre os analistas, enquanto que os maiores percentuais de baixo grau de motivação ficaram entre os cargos administrativos não comissionados.

5. AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS AO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA

- As causas de afastamento por motivo de saúde mais freqüentes foram aquelas relacionadas às doenças do aparelho respiratório. Entre aquelas com a média mais elevada de dias afastados destacaram-se as doenças do aparelho circulatório.
- A terceira causa mais freqüente de afastamento foi por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, em especial sinovites e tenossinovites não especificadas, sendo em média 9,74 dias de afastamento. Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por afastamentos de em média 8,52 dias.
- O percentual de mulheres que se afastaram do trabalho por causas referentes às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, assim como aos transtornos mentais e comportamentais, foi maior que o percentual de homens afastados pelas mesmas causas. Entretanto o gênero masculino apresentou maior freqüência de sintomas relacionados aos distúrbios osteomusculares.
- Na população de trabalhadores que estavam licenciados por motivo de doença e não realizaram o periódico como previsto, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e os casos relacionados a transtornos mentais e comportamentais foram as mais importantes.

6. AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS ÓSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

- Entre os trabalhadores sintomáticos o sintoma presente e persistente nos últimos seis meses mais referido foi a dor com localização nos ombros e/ou pescoço.
- A maioria dos trabalhadores relacionou a sintomatologia à atividade laboral. Entre estes, 17,6% a relacionaram às tarefas repetitivas e 15,5% associaram o excesso de trabalho por falta de pessoal às tarefas repetitivas.
- Quanto aos cuidados diante dos sintomas, foi alta a freqüência dos que referiram manter-se trabalhando normalmente apesar da sintomatologia.

- O tratamento mais freqüente entre os indivíduos sintomáticos foi a utilização de medicamentos anti-inflamatórios e em segundo lugar a associação de imobilização mais medicamento anti-inflamatório.

7. AVALIAÇÃO MÉDICA DOS DISTÚRBIOS ÓSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

- Entre 387 pesquisados, as dores osteomusculares foram referidas pela maioria dos trabalhadores, com maior incidência no gênero masculino e na faixa etária de 40 a 49 anos.
- Ao realizar a anamnese o médico pode constatar que era significativo o percentual dos bancários que referiam dor ou desconforto mesmo em repouso. Dentre os que referiram outros sintomas, os mais citados foram as alterações da sensibilidade e da força muscular.
- Durante a inspeção o médico constatou o aumento de volume na cintura escapular em 47,3% dos indivíduos. Em 43,6% foi encontrado aumento de volume de antebraços e assimetria de contornos com localização na cintura escapular em 44,1%.
- À palpação os sinais e sintomas relativos à cintura escapular foram os mais encontrados sendo a tensão o mais freqüente.
- Ao mobilizar as articulações o achado mais importante encontrado foi a dor em braços e ombros.
- Quanto aos sinais neurológicos quase a totalidade dos indivíduos que apresentaram estes sinais referiu aumento da sensibilidade dolorosa, predominantemente nas mãos e punhos.

8. CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR QUANTO AOS DISTÚRBIOS ÓSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO.

- O médico examinador considerou que os sintomas ou sinais apresentados nos casos sintomáticos de DORT, eram determinados total ou parcialmente pela função exercida, dado este corroborado pelos resultados desta pesquisa.
- Dos 229 bancários avaliados quanto ao estadiamento da DORT, foi maior a freqüência de indivíduos na fase zero, porém 41,4% estavam enquadrados

nas demais fases. Destaca-se que nenhum dos pesquisados estava na fase 4, possivelmente estes indivíduos estariam licenciados.

9. ESTUDO DO ESTADIAMENTO DA DORT

- Foi importante o número de trabalhadores que permaneciam com sintomas osteomusculares em atividade e mesmo em repouso.
- Na fase zero do estadiamento em geral a dor desapareceu durante o repouso.
- As fases mais avançadas (1, 2 e 3) foram mais freqüentes no gênero feminino. A fase zero do estadiamento da DORT foi mais elevada entre os homens, porém não se evidenciou associação estatisticamente significativa.
- A maior incidência de DORT ocorreu na faixa etária dos 40 a 49 anos, porém não se evidenciou associação estatisticamente significativa.
- A maior incidência em todas as faixas etárias foi da fase zero do estadiamento. O somatório dos percentuais das fases 1, 2 e 3 foi de 41,5% dos casos.

10. AVALIAÇÃO DAS FASES DO ESTRESSE.

- Dos bancários que apresentaram pontuação significativa para estresse, 34.1% se enquadraram nas fases Alerta, Resistência ou Exaustão.
- A fase mais prevalente entre aqueles com pontuação significativa foi a de *Resistência*.
- A fase com pontuação de estresse significativa mais prevalente nos dois gêneros foi a de *Resistência*.
- Há evidências de que o gênero feminino apresentou níveis de estresse mais elevados que o masculino. Entre as mulheres as fases de *Resistência* e *Exaustão* foram mais relevantes que entre os homens. A pontuação *Insignificante* para o estresse foi mais prevalente no gênero masculino.
- A pontuação *Insignificante* para Estresse foi mais elevada entre os indivíduos nas faixas etárias de até 39 anos e acima dos 50 anos. A fase de *Exaustão* foi mais prevalente entre aqueles na faixa dos 40 a 49 anos.
- Em todas as funções houve maior representação da pontuação *Insignificante* para o estresse. Contudo, o percentual mais expressivo da

fase de *Exaustão* está entre aqueles que têm Cargos administrativos não comissionados.

- Neste estudo não foi possível comprovar associação entre as variáveis: conforto no trabalho, grau de motivação e volume de serviço com as fases do estresse.
- Observamos que entre os indivíduos com pontuação *Insignificante* para estresse, foi mais elevada a referência de bom clima organizacional. Entre os classificados na fase de *Exaustão* a maior referência foi de clima organizacional ruim.

11. RELAÇÃO ENTRE AS FASES DE ESTRESSE E O ESTADIAMENTO DA DORT.

- Há evidências de que na ausência de risco para estresse também são reduzidos os casos de DORT. Verifica-se forte associação entre o nível de estresse e dores osteomusculares.
- As dores osteomusculares foram referidas com maior freqüência na faixa etária de 40 a 49 anos. A pontuação *Insignificante* para estresse foi menos elevada entre os indivíduos na faixa etária de 40 a 49 anos.
- O percentual de mulheres que se afastaram do trabalho por causas referentes às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, assim como aos transtornos mentais e comportamentais, foi maior que o percentual de homens afastados pelas mesmas causas. E conforme concluimos anteriormente, há evidências de que o gênero feminino apresentou níveis de estresse mais elevados que o masculino.
- Observamos um aumento dos sintomáticos entre indivíduos que se encontram nas fases mais importantes do estresse (*Resistência e Exaustão*). Na fase de *Resistência* do estresse as manifestações de DORT das fases 1 e 2 apresentaram maior freqüência.
- Entre indivíduos com pontuação de estresse *Insignificante ou Alerta*, estão os maiores percentuais de assintomáticos. A diferença entre sintomáticos e assintomáticos cai significativamente entre indivíduos nas fases de *Resistência e Exaustão*.
- Face aos resultados da criteriosa análise dos dados, recomenda-se à Rede Bancária, a implementação de políticas de prevenção da DORT e Estresse,

investimento em medidas preventivas, assistenciais e de reabilitação dos trabalhadores, considerando-se a importância destas patologias no perfil de morbidade dos seus trabalhadores, suas conseqüências individuais, sociais, e repercussões negativas para a instituição. Não se trata apenas de estabelecer medidas ergonômicas que minimizam os sintomas da DORT e do Estresse. A tensão produzida pela impossibilidade de cumprir prazos exíguos, ambiente de trabalho hostil, o pouco reconhecimento por parte dos colegas e chefias, restrições ao crescimento profissional, remuneração inadequada, a realidade econômica ameaçadora, tudo isto somado ganha amplitude inimagináveis, exercendo papel desencadeante e agravante na gênese do sofrimento mental e físico que ganham expressão através da dor.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCORSI, A. **Automação**: bancos e bancários. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia e Administração da USP, 1990.

ALTMAN,D. G;. CHAPMAN. **Practical Statistics for Medical Research**, Great Britain, 1991.

ASSUNÇÃO, A. A. **Sistema músculo esquelético**: Lesões por Esforços Repetitivos. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

ASSUNÇÃO, A. A.; ROCHA, L. E. Agora... Até namorar ficou difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: BUSCHINELLI et al. (Org). **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, 1993. cap.23, p.461-493.

BARREIRA, T. H. **Um enfoque ergonômico para as posturas de trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Fundacentro, jul/ago/set,1989.

BAWA, J. **Lesões por esforços repetitivos** ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: BAWA, J. Computador e Saúde. São Paulo, Summus, 1997.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.

BOFF, L. **Saber cuidar, ética do humano**: compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

BRASIL. **Decreto-lei nº 5.452 (Consolidação das Leis do Trabalho)**, de 1º de maio de 1943, Rio de Janeiro: 1943.

BRASIL. DIEESE. **Profissão Bancário** - Perfil da categoria. Série de Estudos Sócio-Econômicos, nº 5, 1980.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguro Social. **Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalho**. Brasília: 1997.

BRASIL. **Lei nº 8.080 (Lei orgânica da saúde)**, de 19 de setembro de 1990, Brasília: 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.213 (Lei de Benefícios da Previdência Social)**, de 24 de julho de 1991. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria nº 4.062**, 06 de agosto de 1987. Brasília: 1987.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3.751**, de 23 de novembro de 1990. Brasília: 1990.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**, Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CARDOSO, L. S. Trabalho Bancário, Sofrimento psíquico e Identidade profissional. In SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

CASSIRER, Ernst. **Ensaio sobre o homem: Introdução a uma Filosofia da Cultura Humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

COHN, A.; MARSIGLIA, R.G. **Processo e organização do trabalho**. In: BUSCHINELLI et al. (Org). **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, 1993. cap.4, p.56-75.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. Texas: Tech University, Editora John Wiley & Sons, New York, 1980.

CUNHA, C.E.G.; QUEIROZ, P.S.; HATEM, T.P.; GUIMARÃES, V.Y.M.; HATEM, E.J.B.; LER. **Lesões por esforços repetitivos**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1992.

DEJOURS, C.; **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo; Atlas, 1994. 145 p.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DRUCK, G; FRANCO, T. **Padrões de industrialização riscos e meio ambiente**. Ciência e saúde coletiva 3(2) 1998.

FRANCO, T. **Trabalho, riscos industriais e meio ambiente**: rumo ao desenvolvimento sustentável? Salvador: EDUFBA, 1997.

FERNANDES, S.R.P. **Saúde e trabalho**: controvérsias teóricas. globalização e trabalho. Bahia: Caderno CRH, nº 24/25, 1996.

FERREIRA, L. L.; IGUTI, A. M. **O trabalho dos petroleiros**: perigoso, complexo, contínuo e coletivo. São Paulo: Scritta, 1996.

GALEANO, E. **De pernas pro ar**: a escola do mundo ao avesso. Rio de Janeiro. Ed. L&PM, 1999.

GENEVA. United Nations Development Programme. **Tropical diseases**: progress in international research, 1989-1990.

GOMEZ, C. M. et al. Por uma Ecologia do Trabalho. In: LEAL, M do C. et al. (Orgs). **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. São Paulo:, Hucitec.; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio Básico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

JINKINGS, N. **Trabalho dos bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro**. Belo Horizonte: Praxis, n.º 11, ano V, 1998.

JINKINGS, N. **Automação e subjetividade**: a experiência dos trabalhadores bancários. II Congresso Latino-americano de Sociologia do Trabalho. Unicamp: Faculdade de Educação. 1995. Tese de Livre-docência.

JINKINGS, N. **O mister de fazer dinheiro**: autonomização e subjetividade no trabalho bancário. São Paulo: Jinkings editores associados, 1996.

JINKINGS, N. **Reestruturação produtiva e qualidade de vida**. In: O Espelho - Informativo da Comissão de Empresa dos Funcionários do Banco do Brasil, n.º 157/jan/97, n.º 158.

KATZ, C.; BRAGA, R.; COGGIOLA, O. **Novas Tecnologias**: crítica da atual reestruturação produtiva. São Paulo: Xamã, 1995.

LARANGEIRA, S. **As novas tecnologias e a ação sindical no setor bancário**: experiências britânicas e brasileiras; *In*: ANPOCS - ST05: Perspectivas do Sindicalismo nos anos 90, Caxambu, 1993 (mimeo).

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

LIPP, MARILDA. **Pesquisas sobre Estresse no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco, Campinas, Papirus 1996 304 pg

MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In MINAYO, C. (Org.) **Os muitos brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo. HUCITEC, 1995.

MATTOS, U.A.O.; FIRPO, M.; FREITAS, N. B.B. **Novas tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde e no meio ambiente.** Rio de Janeiro. Mimeo.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, R., DIAS, E. C. **Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** São Paulo: Revista Brasileira de Saúde Pública. V. 25, n 5, set/out, 1991.

MINAYO, M.C.S.; ALVES, P.C. **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

NICOLLETTI, S. J. **LER.** Disponível em: <200.231.246.32/SESC/convivência/ler/01_apresentação.htm> Acesso em 19.01.2000.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores.** Trad. Estela, R. São Paulo:FUNDACENTRO, 1988.

RATTNER, H. **Política industrial: projeto social.** São Paulo: Brasiliense, 1998.

RODRIGUEZ, R. H.; BUSS, P. M.; SABROZA, P. C.; LEAL, M. C. **Saúde ambiente e desenvolvimento.** São Paulo.; Rio de Janeiro: Hucitc-Abrasco, 1997.

ROQUE DA SILVA, R. (tradutor) **O contrato social e outros escritos.** São Paulo: Ed. Cultrix, 1995

ROUQUAYROL,M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

RIBEIRO, H. P. **LER. Conhecimento, práticas e movimentos sociais.** São Paulo: FSP-USP, SSE-SP, 1997.

RIGOTTO, R.M. Investigando a relação entre saúde e trabalho: In: BUSCHINELLI et al. (Org). **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes,1993. cap.10, p.159-177.

RIGOTTO, R. M. **Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva**. Fortaleza,1998. (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Ceará,1998

ROLLAND, R. **Pensamento vivo de Rousseau**, tradução. São Paulo; Martins Fontes/Edusp, 1975. 134p.

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

_____. **Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho**: patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* **Trabalho e saúde mental dos bancários**. São Paulo: DIESAT, 1985 (mimeo).

SETTIMI, M.M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: Codo W, Almeida MCCG, organizadores. **LER. Lesões por esforços repetitivos**. Petrópolis: Vozes; 1995.

SETTIMI, M.M. et al. **Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**: abordagem interdisciplinar. Revista Rede Especial do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália: "Proteção à saúde nos ambientes de trabalho" - São Paulo, IMESP, 1998.

SHINYASHIK, R. **O Sucesso é ser feliz**. São Paulo: Ed. Gente, 1997.

SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

SILVA FILHO, J.F. Subjetividade: sofrimento psíquico e trabalho bancário. In: **A saúde no trabalho bancário**. São Paulo: INST, CNB/CUT, 1993.

WISNER, ALAIN. **A Inteligência no trabalho textos selecionados de Ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1997.

WÜNSH FILHO, V. **Perfil epidemiológico das lesões por esforços repetitivos: afecções músculos esqueléticos no Brasil**. Protocolo de pesquisa. São Paulo: 1997.

8. ANEXOS

Registro de acompanhamento

RA - 1

Para todos os funcionários

Exame Periódico de Saúde

Dependência / Empresa

Código

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Matrícula

Data do exame

Idade

101

102

1-Masculino 2-Feminino

103

Prefixo de localização

104 Sexo

105

A ser preenchido pelo médico

MODALIDADE DE EXAME OBRIGATÓRIO

Periódico 111 Admissional 112 Demissional 113 Troca de função 114 Retorno ao trabalho / 30 dias ou mais 115 Acompanhamento 116

Revisão de sistemas

Anote nos campos abaixo as anormalidades que ensejem risco ou licença-saúde e os respectivos CID nos campos 201 a 206.

201 _____ 202 _____ 203 _____ 204 _____ 205 _____ 206 _____

Observações:

AVALIAÇÃO DE RISCOS:

301 Estresse: 0- Pontuação insignificante 1- Alerta 2- Resistência 3- Exaustão

302 Cardiovascular (pontos):

303 Tabagismo (número de cigarros / dia):

304 Tabagismo (número de anos):

305 Alcoolismo: 0- Não diagnosticado 1-Diagnosticado 2-Abuso

306 Drogas: 0- Não usuário 1-Usuário 2-Ex-usuário

307 Uso de preservativo: 0- Sexualmente inativo 1-Sim 2-Não

308 Atividade física: 0- Sedentário 1-Irregular 2-Regular (3 vezes por semana, 30 minutos)

EXAMES DE TRIAGEM CONFORME A PERIODICIDADE RECOMENDADA

309 Colpocitológico (Papanicolau): 1-Sim 2-Não

309.1 Papanicolau anual (todas as funcionárias): 1-Normal 2-Alterado

310 Mamografia: 1-Sim 2-Não

310.1 Mamografia 40 a 49 anos, a cada 2 anos; mais de 50 anos, anual: 1-Normal 2-Alterado

311 Exame de próstata: 1-Sim 2-Não

311.1 Anual a partir de 50 anos ou a partir dos 40 anos quando houver história familiar de câncer de próstata (toque retal e dosagem de PSA). 1-Normal 2-Alterado

SAÚDE OCUPACIONAL (desde o último exame periódico)

401 Grau de motivação com a atividade: 1-Alto 2-Médio 3-Baixo

402 Clima organizacional: 1-Bom 2-Médio 3-Ruim

403 Doença relacionada ao trabalho bancário: 1-Sintomática 2-Assintomática

404 Volume de serviços: 1-Adequado 2-Excessivo

405 Conforto no local de trabalho 0- Alto 1-Médio 2-Baixo

406 Natureza do risco ocupacional 1- Físico 2- Químico 3- Biológico 4- Ergonômico 5- Acidentes 6- Nenhum risco

EXAME FÍSICO COMPLETO (consignar achados anormais)

Altura: _____ (cm) Peso ideal: _____ (Kg) $\text{Peso ideal} = (\text{Altura} - 100) - [(\text{Altura} - 150) : 4] + 5 \text{ kg para homens}$

Cabeça / Pescoço: _____

Abdome: _____

Tórax: _____

Coluna / Membros: _____

501 P.A. Sistólica (mmHg)

Pulso (b.p.m.): _____

Peso atual (Kg): _____

502 P.A. Diastólica (mmHg)

503 Excesso de peso (peso atual - peso ideal): _____

Observações:

CONCLUSÃO (aptidão, encaminhamentos)

601 1- Apto 2- Inapto

602 Encaminhado: 1- Sim 2- Não

603 UF _____

***Teste de LIPP**

Inventário de Sintomas de Stress - ISS

Assinale os sintomas que tem experimentado nas
ÚLTIMAS 24 HORAS

- A-1 Mãos e/ou pés frios.....
- A-2 Boca seca.....
- A-3 Nó ou dor no estômago.....
- A-4 Aumento de sudorese (muito suor).....
- A-5 Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros).....
- A-6 Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta.....
- A-7 Diarréia passageira.....
- A-8 Insônia, dificuldade de dormir.....
- A-9 Taquicardia (batimentos acelerados do coração).....
- A-10 Respiração ofegante, entrecortada.....
- A-11 Hipertensão súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira).....
- A-12 Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite).....
- A-13 Aumento súbito de motivação.....
- A-14 Entusiasmo súbito.....
- A-15 Vontade súbita de iniciar novos projetos.....

A - I FASE I - QUANTOS ITENS ASSINALADOS Assinale os sintomas que tem experimentado no
ÚLTIMO MÊS

- R- 1 Problemas com a memória, esquecimento.....
- R- 2 Mal-estar generalizado, sem causa específica.....
- R- 3 Formigamento nas extremidades (pés ou mãos).....
- R- 4 Sensação de desgaste físico constante.....
- R- 5 Mudança de apetite.....
- R- 6 Aparecimento de problemas dermatológicos (pele).....
- R- 7 Hipertensão arterial (pressão alta).....
- R- 8 Cansaço constante.....
- R- 9 Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia).....
- R- 10 Tontura, sensação de estar flutuando.....
- R- 11 Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa.....
- R- 12 Dúvidas quanto a si próprio.....
- R- 13 Pensamento constante sobre um só assunto.....
- R- 14 Irritabilidade excessiva.....
- R- 15 Diminuição da libido (desejo sexual diminuído).....

R- II FASE II - QUANTOS ITENS ASSINALADOS Assinale os sintomas que tem experimentado nos
ÚLTIMOS TRÊS MESES

- E-1 Diarréias freqüentes.....
- E-2 Dificuldades sexuais.....
- E-3 Formigamento nas extremidades (mãos e pés).....
- E-4 Insônia.....
- E-5 Tiques nervosos.....
- E-6 Hipertensão arterial continuada.....
- E-7 Problemas dermatológicos prolongados (pele).....
- E-8 Mudança extrema de apetite.....
- E-9 Taquicardia (batimento acelerado do coração).....
- E-10 Tontura freqüente.....
- E-11 Úlcera.....
- E-12 Infarto.....
- E-13 Impossibilidade de trabalhar.....
- E-14 Pesadelos.....
- E-15 Sensação de incompetência em todas as áreas...
- E-16 Vontade de fugir de tudo.....
- E-17 Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada.....
- E-18 Cansaço excessivo.....
- E-19 Pensamento / fala constante sobre um mesmo assunto.....
- E-20 Irritabilidade sem causa aparente.....
- E-21 Angústia ou ansiedade diária.....
- E-22 Hipersensibilidade emotiva.....
- E-23 Perda do senso de humor.....

E- III - FASE III - QUANTOS ITENS ASSINALADOS **RESULTADO**

De acordo com a tabela abaixo, observe se você está enquadrado na fase de ALERTA, RESISTÊNCIA, ou EXAUSTÃO. Quando a pontuação for significativa em mais de uma fase, considere a MAIS AVANÇADA. Se os itens assinalados forem em menor número que os indicados em todas as fases, a pontuação é insignificante.

Assinale com (X):

- S- 0 Pontuação insignificante em todas as fases
- S- 1 FASE I (se 7 ou mais itens) ALERTA
- S- 2 FASE II (se 4 ou mais itens) RESISTÊNCIA
- S- 3 FASE III (se 9 ou mais itens) EXAUSTÃO

MÉDICO EXAMINADOR

Transpor o resultado para o item **301** do Registro de Acompanhamento (RA-1).

Avaliação de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

DORT-1

A ser preenchida por caixas-executivos, operadores em teclados e funcionários com sintomas dos itens C-1 a C-8 abaixo

Enviar as fichas de gravação dos formulários DORT-1 e DORT-2 para CASSI jurisdicionante

A DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS

Nome

Data da avaliação

A-1

Matricula

A-2

A-3 Lateralidade: 1-Destro 2-Sinistro(canhoto) 3-Ambidestro

Localização (local de trabalho)

Prefixo

A-4

B ANÁLISE DA FUNÇÃO ATUAL

B-1 Função predominante exercida atualmente:

Caixa executivo 1 Operador de teclados (micro, terminais SISBB, telex, datilografia) 2 Outras funções de esforço repetitivo 3

B-2 Trabalha predominantemente:

Sentado 1 Em pé 2

B-3 Tempo nesta função

Meses

C ASSINALE OS SINTOMAS PRESENTES E PERSISTENTES NOS ÚLTIMOS SEIS MESES

C-1 Apresenta sintomas? Sim 1 Não 2

	Só em ATIVIDADE(1)	ATIVIDADE e em repouso(2)
C-2 dor nos dedos, mãos, punhos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C-3 dor no antebraço e/ou cotovelo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C-4 dor nos ombros e/ou pescoço	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C-5 fraqueza muscular e/ou câimbras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C-6 formigamento e/ou dormência nas mãos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C-7 engrossamento das mãos e punhos / antebraços	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

C-8 Desconforto e/ou dificuldade ao:

pentear o cabelo, vestir-se	<input type="checkbox"/> 1	calçar, amarrar o sapato	<input type="checkbox"/> 8
abrir portas, carregar peso	<input type="checkbox"/> 2	dormir	<input type="checkbox"/> 16
segurar objetos pequenos	<input type="checkbox"/> 4	cozinhar, lavar, passar roupa	<input type="checkbox"/> 32

C-9 Os sintomas atuais parecem ter relação com a função que você exerce no Banco?

Não 1 Parcialmente 2 Totalmente 3

C-10 Você atribui esses sintomas a:

tarefas repetitivas, sem pausa regular	<input type="checkbox"/> 1	ruído, temperatura, luminosidade	<input type="checkbox"/> 8
horas-extras ou prêmio por produtividade	<input type="checkbox"/> 2	excesso de trabalho por falta de pessoal	<input type="checkbox"/> 16
mobília do posto de trabalho desconfortável	<input type="checkbox"/> 4	prêmio por produtividade	<input type="checkbox"/> 32

As seguintes questões têm como objetivo coletar dados que nos permitam orientá-lo (a) corretamente em relação às suas atividades e/ou condutas

C-11 Quais são suas atividades mais frequentes:

videogames, computador (uso doméstico, jogos, internet)	<input type="checkbox"/> 1	uso de instrumentos musicais	<input type="checkbox"/> 4
musculação, tênis, ginástica	<input type="checkbox"/> 2	tarefas domésticas, limpeza	<input type="checkbox"/> 8
		tricô, crochê	<input type="checkbox"/> 16

C-12 No início dos sintomas, você adotou quais das seguintes condutas:

manteve-se trabalhando normalmente	<input type="checkbox"/> 1	afastou-se em licença-saúde	<input type="checkbox"/> 16
afastou-se com abonos, férias, lic. prêmio	<input type="checkbox"/> 2	procurou médico do trabalho	<input type="checkbox"/> 32
ausehtou-se por acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> 4	procurou clínico	<input type="checkbox"/> 64
trocou de função ou de tarefas	<input type="checkbox"/> 8	procurou neurologista	<input type="checkbox"/> 128
		procurou ortopedista, reumatologista	<input type="checkbox"/> 256

C-13 Total de dias afastados do trabalho por DORT:

C-14 Qual o tipo de tratamento que você já se submeteu?

imobilização	<input type="checkbox"/> 1	acupuntura	<input type="checkbox"/> 16
fisioterapia	<input type="checkbox"/> 2	RPG	<input type="checkbox"/> 32
homeopatia	<input type="checkbox"/> 4	medicamento antiinflamatório	<input type="checkbox"/> 64
infiltração	<input type="checkbox"/> 8	automedicação	<input type="checkbox"/> 128

Avaliação médica de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

DORT - 2

A ser preenchido pelo médico quando o funcionário responder DORT 1 C-9 (2) e C-9 (3)

Data _____/_____/_____

Nome _____	Matricula _____	
Função _____	% do expediente em atividade repetitiva _____	Tempo nesta função (meses) _____

D ANAMNESE

D-1

Dor ou desconforto apenas enquanto trabalha 2

Dor ou desconforto mesmo em repouso 3

D-2

Alteração de sensibilidade 1

Alteração da força muscular 2

D-3

Trauma prévio (fratura, luxação, entorse etc.) 1

Hérnia de disco, bursites 2

Doenças reumatológicas 4

Outras doenças sistêmicas 8

E E-1 INSPEÇÃO

	Mãos e Punhos	Antebraços	Braços e Ombros	Cintura Escapular
E-11 Assimetria de contornos	1	2	4	8

E-12 Aumento de volume	1	2	4	8
------------------------	---	---	---	---

E-13 Postura antálgica	1	2	4	8
------------------------	---	---	---	---

E-14 Eritema	1	2	4	8
--------------	---	---	---	---

E-15 Atrofia	1	2	4	8
--------------	---	---	---	---

E-2 PALPAÇÃO

	Mãos e Punhos	Antebraços	Braços e Ombros	Cintura Escapular
E-21 Tensão	1	2	4	8

E-22 Dor	1	2	4	8
----------	---	---	---	---

E-23 Edema	1	2	4	8
------------	---	---	---	---

E-24 Nódulos	1	2	4	8
--------------	---	---	---	---

E-25 Aumento de temperatura	1	2	4	8
-----------------------------	---	---	---	---

E-26 Espessamento da pele	1	2	4	8
---------------------------	---	---	---	---

E-27 Espessamento de tendões	1	2	4	8
------------------------------	---	---	---	---

E-3 MOBILIZAÇÃO

	Mãos e Punhos	Antebraços	Braços e Ombros	Cintura Escapular
E-31 Dor	1	2	4	8

E-32 Redução de força	1	2	4	8
-----------------------	---	---	---	---

E-33 Limitação dos movimentos	1	2	4	8
-------------------------------	---	---	---	---

E-4 SINAIS NEUROLÓGICOS

	Mãos e Punhos	Antebraços	Braços e Ombros	Cintura Escapular
E-41 Maior sensibilidade dolorosa	1	2	4	8

E-42 Maior sensibilidade tátil	1	2	4	8
--------------------------------	---	---	---	---

E-43 Diminuição da sensibilidade	1	2	4	8
----------------------------------	---	---	---	---

F F-1 CONCLUSÃO

F-1 Estadiamento (vide verso) Fase 0 Fase 1 Fase 2 Fase 3 Fase 4 1

F-2 Os sintomas / sinais apresentados

Não se relacionam com a função exercida 1

Relacionam-se parcialmente com a função exercida 2

São determinados pela função exercida 3

Assinale no RA-1 itens 601.1 a 607 a conclusão quanto a aptidão, a hipótese diagnóstica e a conduta

Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT

(Tenossinovite, Epicondilite, Síndrome Tensional do Pescoço, Síndrome do Túnel Carpiano etc.)
*Estadiamento e conduta

	Queixas		Conduta						
	Exame físico	Orientar	Pesquisar	Comunicar	Afastar	Encaminhar	Acompanhar	Reavaliar	Solicitar
Fase 0	a) Sensação de desconforto ou de peso nos períodos de picos de produção e em finais de jornadas b) Melhora com repouso	Normal	—	Chefia	—	—	Médico Examinador ou Médico da Unidade	Médico Examinador	—
Fase 1	a) Sensação constante de desconforto ou de peso nos membros superiores relacionados aos movimentos repetitivos com mais de um mês de duração	- Dor a palpação - Dor a movimentação ativa	Protocolo para diagnóstico diferencial	Chefia (CAT) Sesmt/Cipa	Se necessário	—	Médico Examinador ou Médico da Unidade	Médico Examinador	Análise Ergonômica
Fase 2	a) Dor constante nos membros superiores com pequenos períodos de remissão que se agrava com a realização de esforços repetitivos b) Inchaço. Não melhora do quadro clínico após tratamento c) Interferência nas atividades do trabalho e fora do trabalho d) Redução da produtividade nos picos de produção	- Dor a palpação - Dor a movimentação passiva e ativa - Aumento de volume - Ausência de sinais sugestivos de compressão de nervos	Protocolo para diagnóstico diferencial	Chefia (CAT) Sesmt/Cipa	Afastar	Especialista	Médico Examinador ou Médico da Unidade	Especialista	Análise Ergonômica
Fase 3	a) Acorda à noite com dor, deixa objetos caírem das mãos b) Dificuldade para realizar tarefas domésticas, do trabalho e da higiene pessoal	- Presença de sinais sugestivos de compressão de nervos	Protocolo para diagnóstico diferencial	Chefia (CAT) Sesmt/Cipa	Afastar	Especialista	Médico Examinador ou Médico da Unidade	Especialista	Análise Ergonômica
Fase 4	a) Dificuldade para realizar movimentos finos. Exacerbação da dor e do edema b) Impossibilidade de realizar tarefas domésticas e do trabalho c) Dificuldade para dormir devido à dor	- Limitação dos movimentos - Força muscular diminuídas - Atrofia e/ou deformidades	Protocolo para diagnóstico diferencial	Chefia (CAT) Sesmt/Cipa	Afastar	Especialista	Médico Examinador ou Médico da Unidade	Especialista	Análise Ergonômica

* Vide roteiro do médico examinador

Adaptado do protocolo da ADP/UFMG/FUNDACENTRO