

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

A ABORDAGEM DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - LER / DORT NO
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESPÍRITO
SANTO - CRST/ES.

REGINA MÁRCIA RANGEL DE OLIVEIRA

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO DE 2001.

REGINA MÁRCIA RANGEL DE OLIVEIRA

A ABORDAGEM DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - LER / DORT NO
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESPÍRITO
SANTO – CRST/ES.

Dissertação apresentada com vistas à
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública, na área de concentração Saúde,
Trabalho e Ambiente, sob a orientação do
Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas.

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO DE 2001.

Dedico este trabalho
e agradeço profundamente
aos meus pais (João e Arlete),
pelo amor, companheirismo e
constante apoio, contribuindo na
realização dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo consistiu numa trajetória onde momentos de angústia, solidão, mas também compreensão e companheirismo se fizeram presentes. Ao chegar a conclusão, a sensação que tenho como dir-se-ia Gandhi, que “*a chegada não é nada comparada ao caminho*”. E neste caminho permeado de dificuldades e incertezas, muitas pessoas foram fundamentais, contribuindo com suas críticas construtivas, apoio e solidariedade. Desta forma, tentarei agradecer a algumas pessoas que contribuíram neste esforço coletivo, porém, tenho a convicção de que muitas outras deveriam constar desta lista, sendo impossível citá-las nominalmente, mas a todas fica registrado meus agradecimentos.

À Deus pela presença em todos momentos de minha vida, principalmente nos mais difíceis e por ter me permitido chegar até aqui.

À minha família, pai, mãe, irmã, prima, tia, enfim, os meus familiares mais próximos que com carinho e solidariedade estiveram sempre presentes nesta caminhada, tenho certeza que não teria chegado até aqui, sem a presença de vocês na minha vida.

À Denise Bourguignon, pela amizade, compreensão e incentivo no desenvolvimento desta dissertação, entendendo que a busca de conhecimentos é fundamental para a realização das ações propostas pelo CRST/ES.

Ao meu orientador Prof. Carlos Machado de Freitas que acompanhou cada passo desta trajetória, com dedicação e reflexões que me proporcionaram a concretização deste projeto.

Aos professores Milton Athayde e Jussara Brito pelo carinho e afeto dispensados no decorrer deste percurso e especialmente à Jussara pelo acolhimento da coordenação deste trabalho com sua serenidade e contribuições apropriadas.

A todos os profissionais do CRST/ES entrevistados, pela disponibilidade em fornecer-me informações, compartilhando suas concepções e vivências acerca das LER/DORT.

Aos colegas de trabalho, pelo apoio durante todo o interminável processo de redação desta dissertação, em especial a Emília por toda ajuda e amizade.

Aos professores Luiz Henrique Borges e Jorge Machado pelas sugestões e disponibilidade para participarem da banca examinadora desta dissertação.

Às amigas Alê, Brunela, Danieli, Livia, Nathália e Renata pelo apoio nesta caminhada e dos momentos compartilhados.

Aos colegas da turma do Mestrado/99 (Ana Cristina, Eduardo, Ana Paula, Yvonne, Maria Cristina, Paula, Marquinhos e Suzana) e outros agregados, que foram imprescindíveis nesta etapa de minha vida . Valeu a convivência com vocês.

À Beth pela revisão da versão do resumo em inglês e Danieli pela amizade e dedicação nesta fase final de conclusão do trabalho.

E principalmente aos trabalhadores adoecidos que aceitaram participar das discussões em grupo, assumindo um papel fundamental na construção coletiva deste estudo, em especial a Selma, que com sua garra e luta nos desafia cotidianamente, para a busca em conjunto com os trabalhadores de dias melhores de vida e trabalho.

JÁ FAZ TEMPO QUE ESCOLHI

“A luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados
e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los
nunca mais, enquanto viva.
Mesmo que de asco ou fadiga
me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure
os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade
me tocou, com sua lâmina
de amor, o centro do ser.
Não se trata de escolher
entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer
de conta que nada vi
ou dizer da dor que vejo
para ajudá-la a ter fim,
já faz tempo que escolhi”.

Thiago de Mello

RESUMO

O objetivo deste trabalho é conhecer as concepções e práticas relacionadas à abordagem das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-LER/DORT, empreendida pelos profissionais que atuam no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES e vivenciada pelos usuários do serviço. A hipótese desta pesquisa é que a abordagem possibilita aos trabalhadores se situarem no processo saúde/trabalho, mas que necessita ser potencializada, através da integração das ações de assistência, vigilância e educação em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo Centro. Adotamos neste trabalho, métodos e técnicas qualitativas e quantitativas, tendo em vista a necessidade de analisar dados obtidos a partir de diferentes olhares. Os resultados apontam para o fato que apesar de haver um discurso compatível com os princípios da Saúde do Trabalhador entre os profissionais, a prática cotidiana se apresenta por vezes fragmentada, dificultando uma atuação integrada que ultrapasse o âmbito da assistência.

Palavras Chaves: Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, Saúde do Trabalhador, Serviço de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to know the conceptions and the practices that were related about the boardings of the Repetitive Strain Injuries/Work Related Musculoskeletal Disorders-RSI/WMSDs, enterprised for professionals who actuate in the Center of Reference of the Worker's Health in the state of Espirito Santo-CRST/ES and lived by It's users. The hipotesis of this research is that the boarding makes possible the users to place in the process Health/Work, but It's necessary to be involved by the integration of the actions of assistance, surveillance and education in health of worker developed by this Center. We adopt in this study, qualitative and quantitative methods and technics, because of the necessity that we have to analyze the informations from the different points of view. The results show is that althoug there is this discourse compatible with the principles of the worker's health between the professionals, the daily practice to present Itself for many times fragmented, difficultating an integrated actuaction that can exceeds the ambit of the assistance.

Key words: Repetitive Strain Injuries, Work Related Musculoskeletal Disorders, Worker's Health, Health's Service

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	02
CAPÍTULO1 - A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONSTITUIÇÃO DO CRST/ES.....	07
1.1 - A SAÚDE E TRABALHO ENQUANTO PROCESSO HISTÓRICO.....	07
1.2 - A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SAÚDE PÚBLICA	11
1.3 - A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.....	13
1.4 - A IMPLANTAÇÃO DO CRST/ES	18
1.4.1 - A ATUAÇÃO DO CRST/ES.....	24
1.4.2 - AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	25
1.4.3 - AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
1.4.4 - AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	29
1.4.5 - LIMITES E PERSPECTIVAS DAS AÇÕES DO CRST/ES.....	30
CAPÍTULO 2 - AS LER/DORT E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	36
2.1 - O SURGIMENTO E A REGULAMENTAÇÃO DAS LER/DORT.....	36
2.2-CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS, SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICOS DE LER/DORT.....	39

2.3-ORIENTAÇÕES RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O RECONHECIMENTO DA DOENÇA NO INSS.	45
2.4 -ORIENTAÇÕES PARA A ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS LER/DORT.....	47
2.5 - AS LER/DORT NOS CRST'S - UM TEMA POUCO ESTUDADO.....	49
2.6-AS LER/DORT COMO PRODUTO DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO - A NECESSIDADE DE SE ULTRAPASSAR O MODELO BIOLOGICISTA.....	51
CAPÍTULO 3 - O ESTUDO DA SAÚDE - DOENÇA E A RELAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO.....	56
3.1 - O PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE.....	57
3.2 - A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO E DA ERGONOMIA NA COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE - DOENÇA.....	64
3.2.1 - A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO.....	64
3.2.2 - A CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA.....	70
3.2.3 - A ORGANIZAÇÃO REAL E PRESCRITA DO TRABALHO.....	73
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	76
4.1- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	76
4.2 - ANÁLISE DO LEVANTAMENTO QUANTITATIVO REALIZADO NO SIAMAB.....	82
4.2.1- PERFIL DOS USUÁRIOS COM LER/DORT ATENDIDOS NO CRST/ES EM 1999.....	84

4.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	94
4.3.1- A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AS LER/DORT.....	96
4.3.2 - O PAPEL DO CRST/ES NA ABORDAGEM DE LER/DORT.....	101
4.3.3 - A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES NAS VERTENTES DE ATUAÇÃO DO CRST/ES E AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS.....	113
4.3.4 - ANÁLISE DAS DISCUSSÕES DE GRUPO.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137

ANEXOS

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabelas:

Tabela 1 – Distribuição dos usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, segundo diagnóstico no período 1998 a 1999.....82

Tabela 2 – Demanda de casos de LER/DORT atendidos no CRST/ES, NA primeira consulta e retorno, no período 1998 a 1999.....83

Tabela 3 – Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo sexo.....84

Tabela 4 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo faixa etária.....86

Tabela 5 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, em 1999, segundo função.....87

Tabela 6 - Número de usuários atendidos no CRST/ES no retorno, em 1999, segundo função.....87

Tabela 7 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo tempo na função.....88

Tabela 8 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo ramo de atividade.....89

Tabela 9 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo afastamento do trabalho.....90

Tabela 10 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, em 1999, segundo encaminhamento realizado na consulta.....91

Tabela 11 - Número de usuários atendidos no CRST/ES no retorno, em 1999, segundo encaminhamento realizado na consulta92

Quadros

Quadro 1 - N° de profissionais do CRST/ES segundo cargo.....24

Quadro 2 - N° de profissionais do CRST/ES entrevistados segundo função78

SIGLAS UTILIZADAS

AET- Análise Ergonômica do Trabalho

BPA- Boletim de Produtividade Ambulatorial

CAT – Comunicação de Acidentes de Trabalho

CESTEH – Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

CNS - Conferência Nacional de Saúde.

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DORT- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DRT- Delegacia Regional do Trabalho

ES – Espírito Santo

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LEM – Laudo de Exame Médico

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

NOB – Norma Operacional Básica

NOST- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PST – Programa de Saúde do Trabalhador

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SIAMAB – Sistema de Informação de Atendimento Médico Ambulatorial

SIA – SUS – Sistema de Informação Ambulatorial

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Este estudo, trata-se de uma proposta de pesquisa que pretende compreender a abordagem das LER/DORT que se efetiva nas ações desenvolvidas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES, a partir do enfoque das concepções e práticas implementadas pelos profissionais do Centro e vivenciadas pelos usuários, possibilitando contribuir para um repensar destas ações, entendendo a doença no contexto da organização do trabalho.

O Centro de Referência é um órgão público criado através de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Vitória - PMV e a Secretaria Estadual de Saúde - SESA. Sua criação tem respaldo nas Leis: Constituição Federal/88, Lei 8.080/90 - Sistema Único de Saúde - SUS, Lei 8.213/91 - SUS e no Decreto 611 de 21 de julho de 1992, que especificam um conjunto de ações de Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no SUS pelas diversas instituições que tratam dessa área.

O CRST/ES é resultado de uma política sanitária governamental, decorrente de um processo reivindicatório entre diferentes atores: trabalhadores, sindicalistas, profissionais interessados na preservação da saúde. Está situado no centro de Vitória/ES, passando a atender efetivamente a população em fevereiro/96, sendo que anteriormente já funcionava na PMV, enquanto Programa de Saúde do Trabalhador - PST. A demanda atendida por este programa foi transferida para o CRST/ES, assim que o mesmo foi criado.

As ações do CRST/ES são desenvolvidas em equipe multidisciplinar, envolvendo: médicos do trabalho, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiro do trabalho, homeopatas, acupunturistas, técnicos de segurança no trabalho, fonoaudiólogos, entre outros. O CRST/ES procura atender ao quadro epidemiológico do Estado, a partir de uma cooperação técnica interinstitucional, no SUS. Tem como principal objetivo, modificar o perfil de morbimortalidade do trabalhador no âmbito estadual, dentro de um enfoque epidemiológico.

Voltado para esta visão, suas atividades consistem em atendimento ambulatorial, fiscalização das condições de saúde do trabalhador, avaliação e diagnóstico de ambiente de trabalho, realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos e da rede de saúde, cursos de capacitação, orientação e educação em saúde.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais, dados obtidos juntos ao Sistema de Informação Atendimento Médico Ambulatorial - SIAMAB, referente ao ano de 1999, do Centro de Referência, demonstram que entre os casos novos diagnosticados, (34,2%) são de LER/DORT, sobressaindo desta forma, em relação aos principais diagnósticos (disacusia 15,8%, seqüela de acidente de trabalho 5,9%, dermatite de contato 5,2%) se constituindo assim num grave problema de Saúde Pública a ser enfrentado.

Estes dados ao serem comparados, com os de outros serviços de Saúde do Trabalhador, apresentam similaridades e somente confirmam o fato que as LER/DORT se constituem atualmente:

“... a maior demanda aos Centros de Referência e Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, sendo hoje, isoladamente a mais freqüente causa de emissão de Comunicações de Acidentes de Trabalho - CAT ao Instituto Nacional de Seguro Social - INSS do Ministério da Previdência Social”. (Ribeiro, 1997a: 13)

Ressalta-se então, que as mudanças sócio-econômicas-culturais e inovações tecnológicas, trouxeram grandes alterações no modo de trabalhar, e conseqüentemente de adoecer dos trabalhadores neste último século, principalmente. Ao mesmo tempo em que trabalhadores sofrem acidentes graves, há uma tendência de multiplicação de doenças da esfera mental e osteomuscular.

Visando dar visibilidade à relevância da temática a ser investigada, iniciamos a pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline e Lilacs, que se configurou numa busca de bibliografias existentes em relação às variáveis “LER/DORT” e “serviços de saúde”. Utilizando as denominações usualmente conhecidas para LER/DORT em inglês, como Repetitive Strain Injuries, Cumulative Trauma Disorders e Work Related Musculoskeletal

Disorders, observamos que na base de dados Medline no período de 1990-2000, constavam poucos estudos. Realizando a busca na base de dados Lilacs, a situação se manteve. Ressalta-se que os artigos são mais voltados para prevenção e tratamento das LER/DORT em indústrias, categorias profissionais, porém a discussão da doença em Serviços Públicos de Saúde, não se apresenta efetivamente.

Apesar do Medline apresentar mais artigos relacionados a literatura internacional, constatou-se o fato da carência de produções científicas relacionadas as “LER/DORT” e “serviços de saúde”. Neste sentido, realizar esta pesquisa se tornou um desafio, ao pretender estudar a abordagem das LER/DORT no Centro de Referência, visando contribuir para a implementação de ações mais efetivas e coerentes com o referencial da Saúde do Trabalhador.

Diante do exposto, partimos do pressuposto que a abordagem empreendida pelo Centro, possibilitava aos trabalhadores se situarem no processo saúde/trabalho, mas que poderia ser potencializada através de ações que extrapolassem o âmbito da assistência, entendendo a doença enquanto um processo social, no qual a organização do trabalho encontra-se estritamente vinculada ao seu surgimento.

Nessa linha de argumentação, objetivando analisar as concepções e práticas que permeiam a abordagem das LER/DORT no CRST/ES nas diversas ações desenvolvidas, a partir do olhar dos profissionais e usuários do Centro, iniciamos então, o processo de investigação que será apresentado no decorrer deste trabalho, organizado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo realizamos a discussão referente a constituição e atuação do CRST/ES, apresentando o contexto histórico das relações saúde e trabalho, passando pela Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, para alcançar a Saúde do Trabalhador, enquanto campo em construção na Saúde Pública.

Neste contexto é ressaltada a regulamentação da Saúde do Trabalhador no SUS e o surgimento dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência,

que representaram novas perspectivas na área da saúde para as questões relativas à saúde no trabalho. Diante deste percurso histórico, permeado de avanços e recuos para a Saúde do Trabalhador, emerge experiências como o CRST/ES, visando modificar o perfil de morbi-mortalidade do trabalhador na esfera estadual, se configurando assim, num espaço privilegiado para coleta de dados desta pesquisa.

No segundo momento tratamos sobre o surgimento e a regulamentação das LER/DORT, os aspectos pertinentes ao diagnóstico e à abordagem da patologia nos Serviços de Saúde do Trabalhador e sua relação com a organização do trabalho, visando superar o enfoque biologicista. Neste capítulo, na maioria das vezes optamos por nos referenciar, nas Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde/2001 e Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER/DORT/2000, buscando o quanto possível uma atualização para a compreensão da doença, pontuando alguns aspectos didaticamente.

Cabe mencionar, que no decorrer deste capítulo e de toda a dissertação, procuramos utilizar os termos LER/DORT, tendo em vista a atualização realizada na Norma Técnica do INSS em 1998 que modificou o nome da patologia, passando a ser reconhecida institucionalmente como DORT. Ressaltamos, que apesar desta mudança, compreendemos a legitimidade conferida ao nome LER, e a abrangência que esta terminologia representa, no processo de reconhecimento do trabalho como desencadeante de adoecimento nos trabalhadores.

Posteriormente, no terceiro capítulo, abordamos o processo saúde-doença e a relação com o trabalho, utilizando como referencial os estudos da medicina social latino-americana, que contribuem para a compreensão da determinação histórico e social do processo saúde-doença. Ainda neste capítulo, pontuamos as contribuições da Psicopatologia do Trabalho e da Ergonomia para a identificação e análise dos problemas de saúde nos processos de trabalho, possibilitando a transformação das situações de trabalho, a partir da atividade real do trabalhador.

Finalmente, no quarto capítulo informamos os procedimentos metodológicos empregados, o levantamento empírico e análise dos dados, se constituindo na etapa mais longa e extremamente rica, pois entendemos a metodologia como um caminho complexo, que solicita do pesquisador uma atenção maior no desenvolvimento do trabalho, para que assim, possa explicitar a realidade e alcançar os objetivos propostos.

Nesta última etapa, apresentamos o levantamento quantitativo, desenvolvido através do SIAMAB, as análises das entrevistas realizadas com os profissionais do Centro e as discussões em grupo. Estes procedimentos, juntamente com a observação constantemente presente durante todo o decorrer da pesquisa, foram fundamentais para a construção de conhecimentos, acerca da abordagem das LER/DORT no Centro de Referência, a partir de olhares diferenciados.

CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR E A CONSTITUIÇÃO DO CRST/ES

1.1 - A SAÚDE E TRABALHO ENQUANTO PROCESSO HISTÓRICO

As questões referentes à saúde e trabalho, se apresentaram como um tema de preocupação pública desde meados do século XIX, quando o adoecimento nos processos de produção aparecem ainda nas etapas iniciais da industrialização, diferentemente do Brasil onde a industrialização ocorreu um século depois. Deste modo, nos países industrializados, o Estado passa a assumir as funções de regulamentação e intervenção dos temas relativos à promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores, com o objetivo de eliminar os obstáculos ao desenvolvimento econômico. O Estado então, promove uma série de ações visando garantir as condições para o desenvolvimento do novo sistema de produção.

Quando a fábrica se torna o local privilegiado para a realização das novas relações de produção, como apontam Mendes & Dias (1991), ocorre o surgimento da Medicina do Trabalho, visando o controle da força de trabalho para o aumento da produtividade. Porém enquanto especialidade médica, nasce na Inglaterra na primeira metade do século XIX com a Revolução Industrial. Os autores citam que em 1830 instala-se o primeiro serviço de Medicina do Trabalho. Este se caracterizava por ser um serviço centrado na figura do médico, que por sua vez deveria ser de inteira confiança do empresário. A prevenção à saúde deveria ser uma tarefa médica, assim como, as responsabilidades pela ocorrência das doenças na fábrica.

A Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra levou o trabalhador a se submeter a precárias condições de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso. Neste contexto, a presença da figura do médico no interior da fábrica se apresenta como um meio principalmente de possibilitar a recuperação do trabalhador o mais rápido possível para o retorno ao trabalho, num momento em que a força de trabalho era necessária à industrialização. Desta forma o surgimento da Medicina do Trabalho, centrada na atuação médica se mantém até os dias atuais, dentro de um enfoque biologicista e individual, buscando a causa das doenças e acidentes de trabalho com uma abordagem unicausal.

Em relação a organização do trabalho, a Medicina do Trabalho teria pouco a contribuir na medida que sua atenção é voltada basicamente para o indivíduo, privilegiando diagnóstico e tratamento, dentro de uma visão na qual o espaço para a subjetividade e a percepção do trabalhador é restrito. Desvela-se então, a impotência da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelo processo de produção. Em resposta, amplia-se a atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido de outras disciplinas.

Nesta direção a Saúde Ocupacional, começa a se delinear, a partir do contexto econômico e político da II Guerra e do Pós-Guerra, onde o custo provocado pela perda de vidas abruptamente por acidentes de trabalho ou por doenças do trabalho, começou a ser sentido tanto por empregadores, como pelas companhias de seguro, devido as pesadas indenizações. Nesta abordagem, desloca-se a intervenção que antes era centrada no indivíduo, para a questão dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Desta forma a Saúde Ocupacional, utiliza o enfoque da higiene Industrial, buscando através da atuação multiprofissional (médicos, engenheiros, toxicologistas, etc.), intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletindo assim, a influência das Escolas de Saúde Pública principalmente dos Estados Unidos (Mendes & Dias, 1991).

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da Saúde Ocupacional deram-se tardiamente, reproduzindo o processo ocorrido nos países do Primeiro Mundo. O modelo de Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os seus objetivos, pois manteve o referencial da Medicina do Trabalho, não atingindo a interdisciplinariedade e as medidas para propiciar a saúde no trabalho, de forma mais ampla, se restringiram à ações pontuais sobre os riscos mais evidentes.

Uma forma diferente de analisar as questões referentes ao trabalho-saúde/doença, surge com alguns autores da Medicina Social Latino-americana, entre eles, Laurell & Noriega (1989) que conceitua o trabalho a partir da concepção de processo de trabalho, que se inscreveria nas relações sociais de produção. Assim, além das conseqüências mais visíveis do trabalho sobre a saúde, ou seja, agentes nocivos de natureza química, física,

entre outros, procura também entender a nocividade do trabalho com suas implicações a nível bio-psíquico.

“A Medicina Social Latinoamericana propõe, então, uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho” (Lacaz, 1996:23)

Neste contexto, uma questão nova se apresenta, a emergência da Saúde do Trabalhador. A construção deste campo, se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, pois compreende o processo de trabalho a partir da discussão do campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social, trazida para a relação saúde e processo de trabalho.

A Saúde do Trabalhador tem suas origens na medicina social latino-americana e na saúde coletiva. Apresenta como premissa básica, o enfoque na relação saúde/trabalho, compreendendo o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexos biopsíquico das coletividades nas sociedades capitalistas industriais (Laurell & Noriega 1989).

Esta área de estudo e práticas, buscou na experiência sindical italiana, uma referência teórico-metodológica, que contribuiu para o reconhecimento do saber do trabalhador, no controle dos agravos e riscos existentes nos ambientes de trabalho.

Os trabalhadores italianos no final da década de 70, estabeleceram alianças com os profissionais de saúde, comprometidos com a efetividade de um método direcionado para o conhecimento da relação entre processo de trabalho e saúde, resultando na construção do Modelo Operário Italiano-MOI, que, segundo Oddone et. al (1986), pressupõe a valorização do saber e das experiências do trabalhador, a não delegação do planejamento e do controle de sua saúde aos técnicos, a socialização e a apropriação mútua do conhecimento, na perspectiva da construção de um saber coletivo.

Nestes termos, também em outros países, foram alcançadas importantes conquistas pelos trabalhadores. Esta década testemunha profundas mudanças nos processos de trabalho, com as críticas cada vez mais acirradas à concepção da Saúde Ocupacional.

“... ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde/doença, cuja centralidade colocada no trabalho- enquanto organizador da vida social- contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e a saúde ocupacional” . (Mendes & Dias, 1991:346)

Como conseqüência desse processo de mudanças que vem se conformando, desde o final da década de 60, os trabalhadores começam a explicitar sua desconfiança em relação aos profissionais da Saúde Ocupacional. A participação dos trabalhadores questionava os procedimentos adotados pela Saúde Ocupacional, principalmente no que diz respeito aos exames médicos admissionais e periódicos. Os limites de tolerância que permearam durante muito tempo a Saúde Ocupacional, são questionados a partir de estudos que comprovam que não existe a exposição segura, enquanto proteção à saúde dos trabalhadores. As investigações em Saúde do Trabalhador, buscam superar o enfoque individualizante da doença, centrada no trabalhador e no seu ambiente de trabalho, tal como a Medicina do Trabalho.

Associada a estas questões Mendes & Dias (1991), apontam também que as mudanças ocorridas com a utilização das novas tecnologias através da automação e informatização nos processos de trabalho, que aparentemente representam melhoria das condições de trabalho, na verdade introduziram novos riscos à saúde. Estes acabaram gerando doenças de difícil medicalização, tais como as LER/DORT, doença esta intrinsecamente relacionada à organização do trabalho. Todo esse processo de mudanças ocorridas no mundo do trabalho, desencadeou aspectos relevantes na relação trabalho e saúde e contribuiu efetivamente para o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador.

1.2 - A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SAÚDE PÚBLICA

A Saúde do Trabalhador é um campo em construção na Saúde Pública. Enquanto área, começa a constituir-se no Brasil na década de 80, visando uma ruptura com as

formas, até então existentes, de tratar as doenças e os acidentes no trabalho, adotadas principalmente pela Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. *“O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”*. (Mendes & Dias,1991:347)

Refere-se a um campo do saber que busca compreender a relação do processo de saúde/doença no trabalho, entendendo a saúde e a doença articulado com o modo de produção e desenvolvimento da sociedade num determinado contexto histórico. Parte do princípio, que a forma de inserção dos homens no trabalho, contribui efetivamente para sua forma de adoecer e morrer (Laurell & Noriega,1989).

Este campo busca romper com a perspectiva causal entre a doença e um agente ou fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho. A Saúde do Trabalhador compreende o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho articulado às questões sócio-políticas-econômicas. Nesta perspectiva os trabalhadores são sujeitos ativos dos processos de estudos e modificações dos ambientes de trabalho, capazes de construir sua própria história.

“...trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações no processo de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde”. (Mendes & Dias,1991:347)

Nas relações saúde/doença, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições de trabalho; mas, alcançar este controle, depende de toda uma conjuntura sócio-política de uma determinada sociedade. Desta forma, a Saúde do Trabalhador, se apresenta diferentemente em cada época e país e até mesmo dentro de um mesmo país; porém mantém seus princípios.

Neste sentido, a emergência da Saúde do Trabalhador no Brasil, está associada, a mudanças importantes que aconteceram na década de 80, no contexto da transição democrática. A própria Constituição brasileira de 1988, se configurou como um avanço em termos de legislação para a área de saúde do Trabalhador. Posteriormente, na Lei

Orgânica da Saúde Lei 8.080/90 em seu artigo VI (Brasil, 1990), essa área assim foi conceituada:

“um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho abrangendo:

- I- assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;***
- II- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;*
- 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 apresentam riscos à saúde do trabalhador;*
- IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;*
- V- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados das fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;*
- VI- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;*
- VII- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e*
- VIII- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores”.*

A elaboração desta lei deu-se após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, que significou um momento de intensa mobilização popular pela saúde no Brasil. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 19 de setembro de 1990, atribuiu ao SUS, ações de vigilância epidemiológica e sanitária em Saúde do Trabalhador, possibilitando aos serviços de saúde uma ampliação da concepção de saúde, incorporando nas suas práticas, a prevenção e controle das doenças e acidentes de trabalho.

Nesse processo de construção da área de Saúde do trabalhador no SUS, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde-NOST-SUS (Brasil, 1998), complementar à Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) número 01/96 se expressa enquanto uma direção para a área, objetivando orientar e instrumentalizar a efetivação das ações de Saúde do Trabalhador, através dos seguintes pressupostos: universalização e equidade; integralidade das ações; direito à informação sobre a saúde; participação e controle social; regionalização e hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos para o desenvolvimento das ações e a configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.

Portanto todo esse processo social gestado através das reivindicações de diferentes segmentos sociais, que conformou legislações voltadas para um novo modelo de saúde, no qual a Saúde do Trabalhador tem um importante papel, foi essencial para a consolidação da atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, através da criação e implementação de Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

1.3 - A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

A criação dos PST's resulta de uma ampliação democrática conquistada politicamente pelos trabalhadores, apoiados por segmentos interessados na preservação da saúde tais como: profissionais de saúde, sindicatos, etc. Pode ser entendida, como uma área da saúde pública, especializada em Saúde do Trabalhador, com ênfase nas patologias decorrentes do trabalho, buscando uma prática de saúde direcionada aos trabalhadores e permeada pelas contradições das relações saúde-trabalho.

A atuação dos PST's pauta-se numa nova visão do processo saúde-doença, evidenciando o perfil de morbi-mortalidade relacionado ao trabalho e a falta de assistência aos trabalhadores. Estes programas representaram novas perspectivas na área da saúde no que se refere à saúde no trabalho.

No decorrer das décadas de 80 e 90, muitos programas foram implantados e outros foram extintos, de acordo com a conjuntura política de cada Estado ou município, tendo em vista a dimensão política que está inserida nas práticas de Saúde do Trabalhador. Deste modo Dias (1994) apresenta um cadastro concluído em dezembro de 1992, que relaciona 161 Programas ou Atividades denominadas Saúde do Trabalhador, ao nível do SUS, sob a forma de Programas, Projetos, Centros de Referência, ou Serviços de Atenção aos Acidentados no trabalho.

Porém uma versão preliminar divulgada pelo Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador (CDI-ST) de São Paulo em junho de 1999, dos Serviços Públicos que atuam na área da Saúde do Trabalhador, constam de 111 programas ou serviços relacionados a área. Devido o seu caráter preliminar, e da própria dinamicidade das instituições, essa versão provavelmente encontra-se alterada nos dias atuais.

A catalogação dos Programas, Serviços e Centros de Referência, e sua constante atualização é necessária para compreender a organização dos serviços, situá-los geograficamente, permitindo uma maior interlocução entre os mesmos, buscando uma melhor estruturação da Saúde do Trabalhador no SUS.

Visando uma melhor compreensão da atuação destes Serviços, Programas e Centros de Referência, Dias (1994) cita algumas das principais características que envolvem a estruturação dos mesmos como:

- A diversidade das ações que envolvem desde o atendimento de trabalhadores segurados pela Previdência Social, acidentados do trabalho até ações de atenção preventivas e curativas numa atuação interinstitucional.
- Em relação ao início das atividades, relata uma predominância entre 1991 e 1992. Destaca como o programa mais antigo o Ambulatório de Doenças do Trabalho da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, criado em 1978.

- A atenção médica é predominante nas atividades desenvolvidas e, em alguns casos restringe-se aos acidentados do trabalho com CAT emitidas. Por outro lado, alguns Serviços e Programas desenvolvem somente ações de vigilância sanitária; porém na maioria dos casos, a assistência aparece associada as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.
- No que se refere a equipe de trabalho, em princípio multiprofissional, na busca de uma abordagem transdisciplinar da relação saúde-trabalho. As equipes são compostas de formas variadas qualitativamente e quantitativamente. Observam-se, num primeiro momento, uma predominância de profissionais médicos e número reduzido de pessoal de apoio.
- Quanto às instalações observou grandes disparidades, desde equipes com profissionais trabalhando em uma sala, a programas que têm sede própria e instalações apropriadas para o trabalho proposto. Ressalta o PST de Bauru-São Paulo, o CRST de Porto Alegre-Rio Grande do Sul e o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador-CESAT em Salvador-Bahia.
- A preocupação com a articulação interinstitucional em muitos casos, expressa-se através da criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, mas na prática as relações informais entre técnicos das instituições e trabalhadores é que prevalece, apesar das queixas das dificuldades encontradas para esta prática.
- Quanto aos recursos humanos e informações, foi colocado como relevante a capacitação de recursos humanos. Foram mencionados um maior esclarecimento quanto às atribuições das diferentes instituições. A dificuldade constante, relaciona-se à superposição das ações de vigilância da saúde e fiscalização do ambiente de trabalho. Uma questão também apresentada está relacionada à ausência de instrumentos, como os Códigos Sanitários Estaduais e Municipais que dificultam as ações dos serviços .

O processo de construção da atenção à Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde no Brasil, pode ser analisado cronológica e historicamente, segundo Dias (1994) em 3 momentos distintos, que se inicia em 1978 e encerra em 1994.

O surgimento das idéias e referenciais que fundamentam a área de Saúde do Trabalhador, enquanto uma prática de saúde diferenciada, marcam o primeiro momento denominado de “difusão das idéias”, que compreende o período 1978-1986.

É o momento que começam a ser divulgados no Brasil os pressupostos básicos do Modelo Operário Italiano, a partir do intercâmbio de técnicos e profissionais de saúde à Itália, em finais dos anos 70, período de eclosão dos movimentos sociais. Este modelo preconiza a valorização do conhecimento e das experiências do trabalhador, e a não delegação aos técnicos, da responsabilidade de sistematizar estes conhecimentos. Utiliza-se uma metodologia de produção de conhecimento baseada na formação de grupos homogêneos, ou seja, trabalhadores submetidos as mesmas condições de trabalho que analisam o processo de trabalho e suas repercussões à saúde e finalizando com a validação consensual. Neste momento, ocorre a implantação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde e a realização de eventos em estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, destacando a inserção da temática da Saúde do Trabalhador nas discussões da VIII CNS e da realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador-CNST.

O segundo momento, compreendido entre 1987-1990, é marcado pela institucionalização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, com amparo legal. É o período da promulgação da Constituição Federal de 1988, das Constituições Estaduais e da elaboração da Lei Orgânica de Saúde em 1990.

O terceiro momento é marcado por conflitos no sistema de saúde que se divide, entre as propostas da Reforma Sanitária e do Projeto neoliberal, como também, pela dificuldade de financiamento para as ações do SUS. É o momento da implantação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS.

Em relação à Saúde dos Trabalhadores as dificuldades são muitas, pois consiste numa proposta a ser implantada dentro de um sistema de saúde em mudança. Nesse momento, começam a surgir disputas entre as corporações profissionais e órgãos responsáveis pela efetivação da política de Saúde do Trabalhador, quer sejam do Ministério do Trabalho, quer sejam da Previdência Social. Segundo Dias (1994) esse período se encerra em 1994 com a II CNST em Brasília.

A partir deste contexto inicia-se a transição para um quarto momento, onde pode-se ocorrer desde o cumprimento da legislação estendendo a atenção à saúde dos trabalhadores a todos os trabalhadores, até mudanças de concepção das práticas e organização da atenção devido às mudanças constitucionais e do processo de regulamentação da área (Dias, 1994).

No decorrer deste processo, são observados avanços e recuos no Sistema de Saúde, que dificultam uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador na rede pública de saúde. Esta situação deve ser entendida através da conjuntura política e econômica, que nas últimas décadas representou mudanças significativas nos padrões de produção e acumulação capitalista.

Constata-se que muitos dos princípios norteadores das ações de Saúde do Trabalhador, expressos na NOST/SUS, apesar de reconhecidamente aceitos, eles vêm sendo viabilizados de forma incipiente e assistemática. Alguns princípios como o controle social, o acesso às informações, confrontam-se com uma visão reducionista e fragmentada de alguns profissionais, associada às dificuldades institucionais, inviabilizando a efetivação desses princípios.

No que diz respeito às ações de assistência em saúde do trabalhador, os estudos demonstram a escassez de recursos, a necessidade de um melhor gerenciamento do Sistema de Saúde, a formação de uma rede de referência e contra-referência efetivos, o registro das doenças e acidentes de trabalho, enfim, aspectos importantes para a concretização das ações em Saúde do Trabalhador de acordo seus princípios norteadores.

Em relação a vigilância, Ribeiro et al, [1999] considera que apesar do crescimento apresentado na década de 80, a Vigilância em Saúde do Trabalhador ao ser comparada com as práticas de assistência, se constitui ainda como uma prática emergente no modelo de atenção à saúde no Brasil.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, distingue-se das outras vigilâncias e disciplinas do campo da relação trabalho-saúde ao delimitar seu objeto específico a “*investigação e intervenção na relação entre processo de trabalho e saúde.*” (Machado, 1996: 3)

Neste sentido, um dos impedimentos para a realização da investigação e intervenção nos ambientes de trabalho, de acordo com os princípios da NOST/SUS, encontra-se na fragmentação entre as instituições que têm atribuições no campo da Saúde do Trabalhador – como o Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social – se conformando num importante entrave para o avanço das políticas nesta área.

Apesar de todo este cenário de avanços e recuos que dificultam a operacionalização das diretrizes que preconizam a área de Saúde do Trabalhador, o CRST/ES, surge como resultado de um processo reivindicatório envolvendo diversos atores sociais e diante de uma política governamental favorável, visando uma modificação do perfil de morbimortalidade do trabalhador no âmbito estadual.

1.4 - A IMPLANTAÇÃO DO CRST/ES

A Saúde do Trabalhador constitui-se em uma área de conhecimento e práticas no espaço da saúde pública. Com o processo de industrialização acelerada, competitividade no mercado e a crescente urbanização, aumentou o número de trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Além disso, face à carência de políticas públicas nesta área, o trabalhador continua sendo a principal vítima da relação capital/trabalho.

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

A necessidade de criar medidas de impacto junto à comunidade trabalhadora, fez emergir a proposta de um serviço voltado para a problemática da saúde do trabalhador, como parte de uma política intervencionista no SUS. Representando ainda, uma resposta à luta de todos os atores sociais envolvidos para a concretização e afirmação da cidadania, bem como o resgate da discussão sobre o mundo do trabalho, suas transformações e repercussões na sociedade.

No que tange ao Estado do Espírito Santo, as décadas de 70 e 80 foram marcadas pela implantação de um grande pólo industrial, trazendo novos desafios para a saúde do trabalhador. Em 1986, foi criado no Estado um Serviço denominado Ambulatório de Doenças Ocupacionais, a partir de um convênio entre Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM e a Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho-FUNDACENTRO; porém, devido a saída do seu único médico do trabalho, este serviço foi desativado em 1988.

A partir de 1988, segundo Lacaz (1997), com as eleições municipais, municípios e governos de perfil democrático e popular (São Paulo, Porto Alegre, Angra dos Reis, Campinas, Diadema, Contagem, Santo André e outros) assumem a questão da saúde e sua municipalização, passando a gerenciar, serviços de saúde dos trabalhadores, dentro da proposta de municipalização nos preceitos do SUS, com a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Estes passam a desenvolver suas atividades, procurando associar as experiências de gestão e participação sindical ao trabalho desenvolvido por equipes multidisciplinares, à articulação interinstitucional e ao funcionamento dos conselhos gestores com a participação da sociedade civil organizada.

Com o surgimento do SUS e da Lei Orgânica da Saúde em 1990, ficou garantida a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Aos Estados e Municípios

couberam a tarefa de assumir os atendimentos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 (Brasil, 1990), procurou introduzir através de seus pressupostos nas leis orgânicas municipais, questões relacionadas à saúde dos trabalhadores, objetivando maior autonomia de ação para o nível local, principalmente no que diz respeito às ações de vigilância em saúde. Para a efetivação dessas leis era preciso toda uma conjuntura política voltada para o interesse dos trabalhadores, o que não se verificava nas décadas de 80 e 90, marcadas por políticas neoliberais que afetam a área de saúde, impossibilitando a efetivação dos preceitos do SUS.

A partir de então, surgem os Programas de Saúde do Trabalhador-PST's, como os do Centro de Saúde de Vitória e HUCAM. Segundo informações obtidas junto a coordenadora do CRST/ES que participou de toda a história de construção da Saúde do Trabalhador no Estado, a FUNDACENTRO, em conjunto com o Governo do Estado, realizou a mobilização de um grupo de profissionais de saúde da SESA para implantar os programas. A equipe era composta de assistentes sociais e médicos do trabalho. Existiam dois pólos de atendimentos ambulatoriais, um que funcionava no Centro de Saúde de Vitória e outro no HUCAM. O programa do Centro de Saúde foi desativado e entre outras razões, aponta-se a dificuldade de alguns profissionais médicos da equipe, com atuação na área privada, não conseguirem se adequar a proposta de Saúde do Trabalhador. Após a desativação em 1991 do programa do Centro de Saúde de Vitória, o programa que funcionava no HUCAM permaneceu ainda em atividade, três anos aproximadamente.

A Prefeitura Municipal de Vitória-PMV em 1992, administrada pelo Partido dos Trabalhadores (gestão 1989-1992), através da Secretaria Municipal de Saúde, implantou o Programa de Saúde do Trabalhador-PST/PMV. O programa surge a partir de concurso público realizado em 1992, dentro dos pressupostos da municipalização e descentralização preconizados pelo SUS. Desenvolvido por equipe interdisciplinar (médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho, assistente social, fonoaudióloga, enfermeira do trabalho), tinha como seus principais objetivos garantir a assistência, promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores, estabelecendo o diagnóstico de doenças ocupacionais e avaliação dos ambientes de trabalho. Paralelo a esse serviço,

funcionava no espaço físico do HUCAM, o ambulatório de doenças ocupacionais da SESA, com autonomia total e não participando das políticas de saúde da PMV.

Em 1994, outro ambulatório foi implantado no Centro Regional de Especialidades (CRE)-Vitória, porém, a convite da administração municipal, foi incorporado ao PST do município de Vitória. Esta situação se verificou devido ao fato da médica do trabalho na época e atualmente coordenadora do CRST/ES, ter assumido a coordenação do PST, implementando a vertente de pesquisa, ao realizar um Estudo das Condições de Trabalho da Polícia Civil, envolvendo o sindicato dos Policiais Cíveis e a FUNDACENTRO/ES.

Durante a sua existência, o PST/PMV funcionou em consonância com o SUS. Atendia em seu ambulatório uma demanda significativa proveniente de outros municípios (87%), principalmente os da Região Metropolitana (Vitória, Serra, Cariacica, Viana e Vila Velha), o que gerou dificuldades e entraves nas ações de vigilância em saúde e de intervenção em ambientes de trabalho, devido aos limites geográficos e a autonomia dos outros municípios.

Concomitantemente, ocorria o aumento na demanda de atendimento, surgindo assim, a necessidade de organizá-la e de desenvolver ações que garantissem respostas mais concretas aos problemas relacionados à saúde do trabalhador.

Diante da impossibilidade de um único órgão arcar com a responsabilidade de disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros necessários para o adequado funcionamento de um projeto de atenção a saúde neste setor e, pela necessidade de implementação de políticas públicas para esta área e, ainda, em virtude de toda situação já citada anteriormente, os diversos atores (trabalhadores da saúde, sindicatos, governo estadual e municipal, entre outros) envolvidos, propuseram a estratégia de criação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, com abrangência estadual. A implantação deste serviço está respaldada nas Leis n.º 8.213 de 24/07/91, decreto 611 de 21/07/92 e Lei n.º 8.080/90-SUS que especificam um conjunto de ações a serem desenvolvidas no sistema de saúde pelas diversas instituições que tratam desta área.

A parceria entre a PMV e SESA, que aconteceu devido a sensibilidade dos gestores em relação à Saúde do Trabalhador, objetivava realizar ações que possibilitassem ao serviço público cumprir com o seu papel de gerenciador e executor de políticas públicas de saúde. É necessário diante deste contexto ressaltar os objetivos que levaram à implantação do CRST/ES:

- *“Estruturar um Centro de Referência com caráter interinstitucional, que permita modificar o perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no âmbito estadual, dentro de um enfoque epidemiológico, com ações que repercutam na sua qualidade de vida.*
- *Reduzir as taxas de morbi-mortalidade das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, através de ações e medidas de controle ambiental e/ou biológico.*
- *Uniformizar a linguagem no atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de doenças ocupacionais, com elaboração de protocolo único.*
- *Aumentar a capacidade de resposta à demanda de trabalhadores/usuários, garantindo maior resolutividade, com ações implantadas e/ou implementadas, dentro de sua área de abrangência e com recursos disponíveis, buscando soluções para os problemas a serem enfrentados.*
- *Atuar de forma preventiva sobre os fatores de risco dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, em parceria com a sociedade civil organizada, desenvolvendo atividades educativas junto aos trabalhadores, subsidiando aquelas nas questões relacionadas à saúde, ambiente de trabalho, pesquisa e produção de trabalhos específicos a essa área de atuação.*
- *Implantar um projeto de vigilância em saúde, que viabilizará a implantação de um sistema de informação e comunicação que orientará o planejamento, execução e avaliação das ações do CRST/ES.*
- *Definir os sistemas de referência e contra-referência para o esclarecimento de diagnóstico, tratamento e avaliação dos riscos ocupacionais com: o HUCAM(Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes), FUNDACENTRO- Ministério do Trabalho, laboratório de toxicologia do CESTEJ (Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/FIOCRUZ) e outros serviços complementares prestados pelo SUS.*
- *Treinar profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e hospitais públicos, visando despertar o interesse pela saúde do trabalhador, como também capacitar esses profissionais para o atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais e avaliação dos ambientes de trabalho.*
- *Proporcionar às instituições de ensino espaço para aprimoramento na formação de futuros profissionais, através de intercâmbio para oferta de estágios.*

- *Possibilitar aos profissionais do CRST/ES uma maior e melhor compreensão do compromisso e responsabilidade na concretização das propostas de trabalho*". (Bourguignon et. al, 1998:141-142)

Neste sentido, foi assinado no final de 1995 um convênio entre o Governo do Estado e a Prefeitura Municipal de Vitória, criando o CRST/ES, sendo que o PST/PMV foi extinto no mesmo período e seu quadro funcional passou a integrar a equipe do CRST/ES que estava sendo composta. Suas atividades iniciaram-se a partir de fevereiro de 1996, porém seu reconhecimento legal ocorreu em janeiro de 1999 através da Lei nº5.833 que autoriza o Poder Executivo a criar o Centro de Referência. Desde sua criação o Centro encontra-se vinculado a Superintendência de Planejamento, Epidemiologia e Informação da SESA.

O principal objetivo do CRST/ES é a modificação do perfil de morbi-mortalidade do trabalhador, utilizando um enfoque epidemiológico, por meio de ações de vigilância à saúde, atendimentos ambulatoriais e atividades de educação em Saúde do Trabalhador, pautadas numa abordagem multi e interdisciplinar. O Centro de Referência encontra-se desde maio/2000 situado em sede própria no município de Vitória/ES, numa área física de 1780 m² dividida em dois andares do Edifício Getúlio Vargas, funcionando, todos os dias da semana.

Cabe mencionar, que o convênio assinado entre a SESA e a PMV para a criação do CRST/ES, onde se definia as obrigações e responsabilidades de cada órgão gestor, após várias renovações, encontra-se desde o ano passado em processo de renovação e ao que parece, a PMV não apresenta interesse em manter a parceria estabelecida. Desta maneira, o Estado vem assumindo praticamente todos os encargos para a manutenção e funcionamento do Centro. Apesar desta situação, na qual não existe uma parceria instituída, compõe a equipe do CRST/ES, vinculados à PMV, 2 médicos do trabalho, 2 técnicos de segurança, 1 fonoaudiólogo e 1 engenheiro de segurança. Estes profissionais associados aos funcionários estaduais, constituem uma equipe composta de 46 profissionais, conforme quadro seguinte:

Quadro1 - Nº de profissionais do CRST/ES segundo cargo

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CRST/ES	Nº DE FUNCIONÁRIOS
-------------------------------------	--------------------

Assistente Social	03
Auxiliar de Reabilitação/Fisioterapia	02
Auxiliar Serviços Gerais	05
Auxiliar Serviços Médicos	04
Auxiliar / Oficial Administrativo	07
Enfermeiro do Trabalho	01
Engenheiro	02
Fisioterapeuta	01
Fonoaudióloga	02
Médico Acupunturista	02
Médico Psicanalista	01
Médico do Trabalho	05
Motorista	01
Psicólogo	02
Técnico / Auxiliar de Enfermagem	03
Técnico de Segurança do Trabalho	04
Vigilante	01
Total	46

Fonte de Informações CRST/ES - agosto/2001

1.4.1 - A ATUAÇÃO DO CRST/ES

O Centro de Referência desde a sua implantação atua a partir das seguintes vertentes: assistência, vigilância e educação em Saúde do Trabalhador. Ressalta-se que antes de iniciar efetivamente o atendimento para a comunidade, a coordenadora do Centro, entendendo a importância de realizar uma integração da equipe e uma melhor compreensão do processo saúde/doença, realizou um seminário sobre Saúde do Trabalhador no Sindicato dos Bancários.

Dando continuidade às discussões referentes às relações de trabalho e ao processo de adoecimento no trabalho, a equipe procura realizar atividades nas várias vertentes de atuação, que possibilitem entender as contradições que permeiam as relações de força entre as classes sociais, e a relação profissional de saúde/usuário dos serviços. Constatamos também a existência de práticas, também verificadas em outros Centros de Referência, como os grupos qualidade de vida, o grupo de psicoterapia, a homeopatia, a acupuntura, grupo de orientação ao exercício, enfim, que buscam através da participação de vários profissionais sejam, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta e mesmo alguns médicos, superar os limites da abordagem focalizada no corpo e na doença do indivíduo.

Essas atividades buscam uma perspectiva que compreenda a saúde enquanto qualidade de vida, valorizando a participação do usuário e identificando o papel do Centro de Referência. Partindo desta compreensão, o Centro de Referência direciona suas ações nas vertentes preconizadas de atuação, desenvolvendo as seguintes atividades: ações de vigilância, de assistência e de educação em Saúde do Trabalhador.

1.4.2 - AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- Inspeções e vistorias a ambientes de trabalho, realizados geralmente por técnicos de segurança ou engenheiro e quando possível por equipe multiprofissional. São efetivadas a partir de casos índices demandados do ambulatório de saúde do trabalhador, a partir das denúncias oficializadas ao CRST ou projetos específicos:
- Implantação de um sistema de informação de registro de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Esse sistema em funcionamento possibilita um melhor conhecimento do perfil epidemiológico da saúde do trabalhador.
- Elaboração e execução de projetos específicos realizados muitas vezes em parcerias com sindicatos, permitindo identificar os problemas enfrentados e a apresentação de propostas de solução dos mesmos. Dentre os projetos já executados ou em fase de implantação, podemos citar: o Projeto de Estudo das Condições de Trabalho e Saúde em trabalhadores de postos de gasolina de Vitória-ES, o Projeto de Elaboração do Mapa de Risco da Região Metropolitana da Grande Vitória, elaboração e execução do projeto de pesquisa “Como é o trabalho da Gente”, um estudo das condições de trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem do Hospital Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM, – uma Aplicação da Ergonomia no Serviço Público; Perfil dos eletricitistas do setor energético da região metropolitana de Vitória-ES – um estudo de base ergonômica; pesquisa sobre Condições de Biossegurança nos Serviços de Saúde do ES; elaboração do Perfil Epidemiológico de Acidentes e Doenças do Trabalho de Bancários, em parceria com sindicato, entre outros.

Na vertente da vigilância a construção do perfil epidemiológico dos trabalhadores envolve esforços interinstitucionais, sendo portanto uma ação complexa, que encontra obstáculos para sua concretude. O Centro de Referência desde a sua fundação vem envidando esforços para estruturar um Sistema de Informações, que retrate a realidade da população trabalhadora do Estado.

Neste sentido, o Centro promoveu a capacitação de dois profissionais da equipe técnica através de cursos de especialização em Epidemiologia e Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, ambos pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Atualmente esses profissionais, juntamente com um técnico de segurança, com graduação em matemática, respondem pelo setor de Informações e Vigilância, com o intuito de estruturar uma proposta de vigilância para o Centro.

O objetivo do Sistema de Informações do Centro, é fornecer suporte epidemiológico para que as ações do CRST/ES possam ser planejadas, atendendo à realidade dos trabalhadores. As informações são baseadas na análise de dados computados no sistema EPI-INFO e outros do Sistema do Ministério da Saúde. Os atendimentos ambulatoriais geram informações que alimentam o SIAMAB¹ que serve como fonte de dados para outros sistemas como o Boletim de Produtividade Ambulatorial (BPA), usado no faturamento e recebimento do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), e o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) que em sua nova versão teve alguns agravos e doenças ligadas ao trabalho contempladas no município de Vitória/ES. São trabalhadas também, as informações provenientes das Comunicações de Acidentes de Trabalho-CAT, enviadas pelo INSS.

Entende-se que para o aprimoramento do Sistema de Informações, além da aquisição de equipamentos, é necessário também a sensibilização dos profissionais para o preenchimento das fichas ambulatoriais, uma melhor comunicação interinstitucional CRST/INSS, a normatização com estabelecimento de rotinas e fluxograma de informações, para assim possibilitar estratégias nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde do trabalhador.

¹ Ficha de atendimento médico ambulatorial- Anexo 1

1.4.3 - AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- Atendimento ambulatorial de trabalhadores com suspeita ou confirmação de doenças ocupacionais ou seqüelas de acidente de trabalho, realizado por equipe multiprofissional, não prestando pronto-atendimento a acidentados do trabalho, que são atendidos nos hospitais de urgência e emergência da rede pública de saúde;
- Consulta coletiva realizada por um assistente social e um médico do trabalho com os usuários que marcam consulta pela primeira vez.. Objetiva prestar informações sobre o CRST/ES e realizar a triagem dos casos novos, selecionando para atendimento aqueles cuja queixa tem relação ou nexos com o trabalho;
- Utilização de suporte diagnóstico terapêutico do laboratório de análises clínicas da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), do HUCAM e outros serviços complementares do SUS.
- No decorrer do funcionamento do CRST/ES, houve necessidade de ampliar os serviços em função da demanda. Implantou-se então, a fisioterapia, a acupuntura, a homeopatia, os grupos terapêuticos e psicoterapêuticos. O encaminhamento para estes serviços, acontece após a confirmação do diagnóstico de doença ocupacional, realizado no atendimento ambulatorial do CRST/ES.

As pessoas atendidas no Centro, são encaminhadas por sindicatos, serviços públicos de saúde e órgãos como a Delegacia Regional do Trabalho-DRT e INSS. Os encaminhamentos decorrentes das empresas são pouco frequentes, devido ao fato de que muitas vezes as pessoas que procuram o Centro, buscam o estabelecimento do nexo causal, seja porque a empresa não reconhece a doença ou foram demitidos. A grande maioria que nos últimos anos tem procurado o Centro, se constitui em demanda espontânea: são indicadas por amigos, pessoas conhecidas, como um local que vai possibilitar a pessoa resolver seu problema.

A população atendida pelo Centro consiste em trabalhadores oriundos do mercado formal e informal, empregados, desempregados, aposentados ou afastados do trabalho. O atendimento é realizado diariamente sendo, em média, atendidos 40 casos novos e 80 retornos aproximadamente. A demanda, na sua maior parte, é proveniente da Região Metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Cariacica, Viana e Serra).

A marcação da consulta é feita por telefone, momento em que orienta-se o usuário que este deve participar inicialmente de uma consulta coletiva, coordenada pelo médico e o assistente social. Essas consultas são realizadas nas terças-feiras às 11:00 h e nas quintas às 13:30 h. Nesta consulta geralmente comparecem entre 15 a 20 usuários; inicialmente a assistente social explica o objetivo da reunião e a finalidade do Centro, o que são consideradas doenças ocupacionais e posteriormente apresenta o fluxograma², para que possam se situar no atendimento. Após a exposição desenvolvida pelo assistente social, o médico do trabalho realiza a triagem, sendo que os casos não elegíveis para o atendimento no Centro de Referência, são encaminhados para outras unidades de saúde.

Dando prosseguimento, com o término da consulta coletiva, o usuário agenda a consulta individual, que será marcada no máximo dois dias após a consulta coletiva. Ressalta-se que os pacientes do interior do Estado são atendidos no mesmo dia da consulta coletiva. A consulta individual num primeiro momento é realizada pelo assistente social ou enfermeiro do trabalho e posteriormente pelo médico do trabalho, onde é realizada a anamnese ocupacional³. Os exames complementares solicitados, são agendados num serviço de contra-referência. Em situações de suspeita de casos índices, o médico solicita uma inspeção. A coordenação orienta que a participação do médico que está atendendo o usuário juntamente com o técnico de segurança ou engenheiro, é importante na realização da inspeção.

Ao retornar ao atendimento médico, com o diagnóstico confirmado de doença ocupacional, o usuário é encaminhado para os diversos serviços terapêuticos que estão disponíveis, quais sejam: homeopatia, fisioterapia, acupuntura, psicoterapia de

² Fluxograma de atendimento do CRST/ES - Anexo 2

³ Protocolo para Estudo e Registro Clínico da LER/DORT – Anexo 3

grupo/individual e grupo Qualidade de Vida. Havia um grupo de equalização de stress, que funcionou até meados de 1999, quando o profissional que desenvolvia tal atividade, passou a não pertencer mais ao quadro funcional do Centro. Em relação a homeopatia, os médicos que prestavam atendimento no Centro de Referência, com a criação do Centro de Referência em Homeopatia em dezembro de 2000, instalado no mesmo edifício onde funciona o CRST/ES, passaram a atender neste local a demanda de saúde do trabalhador. Um fato importante em relação à assistência, provém do término do contrato de trabalho da fisioterapeuta no final do ano 2000, que comprometeu as atividades do setor de fisioterapia. O Centro solicitou à PMV um outro profissional e está aguardando a contratação por parte da Prefeitura.

1.4.4– AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O Centro de Referência tem entre seus objetivos trabalhar a vertente de educação, para subsidiar trabalhadores, sindicatos, profissionais da área com questões relacionadas à saúde do trabalhador, buscando envolver todos os interessados no processo de promoção, proteção e assistência à saúde do trabalhador, além de contribuir com o processo de descentralização das ações para os municípios. Neste sentido desenvolve as seguintes atividades:

- Realização de cursos, seminários e treinamentos para capacitação e/ou aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da rede pública, de sindicatos e dos próprios profissionais do CRST/ES e usuários do serviço.
- Realização de treinamento e acompanhamento das Comissões de Saúde do Trabalhador - COSAT's. Estas são formadas por funcionários de hospitais da rede estadual de saúde.
- Desenvolvimento de atividades em parceria com instituições de ensino e outras entidades, através de intercâmbios e convênios que busquem alternativas na solução de problemas, e ampliação do debate sobre as questões relativas à saúde do trabalhador. Dentre estas, citamos: estágio de alunos do curso de Psicologia e Serviço Social da

Universidade Federal do Espírito Santo-UFES no período de 1996 a 1999; elaboração de materiais educativos sobre os principais problemas relacionados à saúde do trabalhador em parceria com sindicatos de trabalhadores; grupo de estudo desenvolvido no período de 1997 a 1998 como parte de um projeto de extensão da Departamento de Psicologia da UFES, entre outras.

1.4.5 - LIMITES E PERSPECTIVAS DAS AÇÕES DO CRST/ES

Após cinco anos de efetivamente o Centro desenvolver suas atividades, é significativo apresentar, algumas observações mais relevantes quanto ao que foi possível alcançar no decorrer deste tempo e principalmente das proposições e objetivos que não alcançaram sua concretude.

Cabe esclarecer os limites do que se pretende tratar, pois a proposta aqui não é de realizar uma análise institucional do CRST/ES. Constitui antes, uma tentativa de pensar e conhecer de uma maneira global e avaliar o que foi proposto na implantação do Centro. Serão apresentados os principais pontos relacionados aos objetivos que não se efetivaram, tentando entender o porque, e as possibilidades que estão sendo apontadas para a superação desses entraves.

A estruturação do Centro de Referência com um caráter interinstitucional possibilitando a modificação do perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no âmbito estadual, a partir de um enfoque epidemiológico, reduzindo as taxas de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, foi considerada pela coordenadora do Centro, numa entrevista realizada no decorrer da pesquisa, como um objetivo não atingido, devido ser *“uma proposta ambiciosa que não se concretiza a partir da ação de um único órgão”*.

Pode-se inferir, que somente através da articulação entre as várias instituições voltadas para área de Saúde do Trabalhador, Consumo e Ambiente, com uma compreensão de que os padrões de morbi-mortalidade estão intrinsecamente relacionados à forma de inserção dos trabalhadores nos processos produtivos e à sua condição de vida, poderia possibilitar a modificação do perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no Espírito Santo.

É premente o fato, de que a realização de uma atuação interinstitucional, integrada, numa área de conflito como a Saúde do Trabalhador, apresenta dificuldades conceituais e operacionais para sua implementação e remete muitas vezes à discussão das competências institucionais para o desenvolvimento de ações.

A investigação nos locais de trabalho é permeada de resistências em relação à legitimidade do SUS enquanto órgão fiscalizador, embora tal atribuição já esteja bem definida na Lei 8080/90. Acrescenta-se a este fato, a necessidade da participação dos trabalhadores e entidades representativas e de um sistema de informações referente a doenças ocupacionais e acidentes de trabalho que devem estar articulados à vigilância, se configurando em um ponto de partida para as ações de avaliação de impacto à saúde do trabalhador.

“A vigilância da Saúde dos Trabalhadores é, por natureza, uma prática multidisciplinar, interinstitucional, que extrapola o Setor Saúde, mas está subordinada aos seus princípios, utiliza instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que não pode prescindir da participação efetiva dos trabalhadores”. (Dias,1994:95)

Em relação as ações de vigilância empreendidas pelo Centro, apesar de alguns projetos como o Estudo das Condições de Trabalho e Saúde dos Profissionais de Enfermagem do HUCAM e o estudo das Condições de Saúde dos Trabalhadores Eletricitários do ES e outros que foram desenvolvidos no decorrer destes anos, se reportarem a uma abordagem multidisciplinar, interinstitucional, com enfoque epidemiológico e social, são consideradas ações pontuais. Sistemáticamente, o que se constata no Centro, são inspeções no ambiente de trabalho, que ocorrem por solicitação dos médicos que atendem no ambulatório, realizadas por técnicos de segurança do trabalho e/ou engenheiro, objetivando a averiguação de nexos causais ou a investigação de casos índices.

Uma questão importante em relação a vigilância no Centro, concerne à ausência de um Código Sanitário, enquanto instrumento legal que legitime as ações. O Centro apresentou uma proposta de regulamentação do Código, que atualmente necessita de

aprovação da Assembléia Legislativa, para entrar em vigor. A ausência do Código, ao mesmo tempo que dificulta a intervenção no ambiente de trabalho, acomoda de uma certa forma a equipe, para avançar no processo de negociação da melhoria das condições de trabalho. Desde janeiro de 2000 foi firmado um convênio com o Ministério Público do Trabalho, que possibilita a fiscalização nos ambientes de trabalho, com maior poder de intervenção. Este convênio é ressaltado como fundamental nas ações que serão desenvolvidas a partir da estruturação da vigilância no Centro de Referência.

Neste sentido, um objetivo importante para ser discutido é a implantação do projeto de Vigilância em Saúde do Trabalhador, que visa a implementação de um sistema de informações para o planejamento das ações do Centro. Este projeto pretende estruturar o sistema de vigilância buscando a modificação do perfil de morbi-mortalidade do trabalhador dentro de um enfoque de abordagem interdisciplinar que compreende aspectos sociais, epidemiológicos e tecnológicos (Machado, 1996 apud Ribeiro & Oliveira, 2001). A região delimitada para as ações será a região metropolitana da Grande Vitória, na qual as mesmas serão desenvolvidas a partir de um perfil sócio-econômico e epidemiológico.

Em relação ao Sistema de Informações do CRST/ES, desde sua implantação trabalhou com dados do SIAMAB e CAT's, sempre permeado de dificuldades, haja visto as necessidades de equipamentos, recursos humanos, capacitação técnica, e devido a dificuldades de articulações institucionais para a formação de um banco de dados das CAT's. Apesar de ser competência do INSS encaminhar as CAT's para o sistema de saúde, ocorre um descompromisso no envio das mesmas, aumentando ainda mais a subnotificação, já existente das doenças e acidentes de trabalho.

Com a implantação do projeto de vigilância, pretende-se formar um sistema de informações dos municípios da região metropolitana acrescentando às CAT's e SIAMAB, dados provenientes da fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Relação Anual de Informação Social-RAIS e Mapeamento de Risco, que possam viabilizar a caracterização sócio-econômica dos municípios, além dos agravos à saúde dos trabalhadores (Ribeiro & Oliveira, 2001).

Um avanço também importante que pode ser apontado no processo de interinstitucionalização das ações de Saúde do Trabalhador, é o convênio com o Ministério Público do Trabalho assinado em 13/01/2000, que visa aprimorar a prestação da saúde, bem como, a sua fiscalização, contribuindo desta forma, na intermediação das negociações de melhorias das condições de trabalho. A importância do convênio com o Ministério Público do Trabalho, possibilita vencer a resistência de empresas que se recusam a aceitar a atuação do SUS nas ações de vigilância, que devem ser implementadas a partir de um referencial diferenciado do tradicionalmente legitimado pelas mesmas.

Quanto ao controle social, princípio básico da NOST-SUS, verifica-se no Centro de Referência, que existe uma dificuldade de envolvimento dos trabalhadores e entidades sindicais.

Em relação às ações de vigilância na saúde pública Machado (1996) acrescenta, que o fato de seus efeitos serem percebidos somente a longo prazo, dificulta uma articulação com sindicatos, que estão muitas vezes voltados para ações de resultados imediatos e por esta razão legitimam muitas das ações desenvolvidas pela DRT, tendo em vista seu caráter de policiamento quanto a aplicação das normas. Em contrapartida, apesar de o CRST/ES enfatizar a necessidade do estabelecimento do controle social nas políticas de Saúde do Trabalhador, através de um Conselho Gestor, este não se concretizou até o momento. Duas razões são apresentadas: primeiro, a falta de interesse da Central Única dos Trabalhadores-CUT após a tentativa do Centro de fazer uma articulação para a formação do Conselho Gestor, via representação sindical; e a outra, está relacionada a questão de que, após esta tentativa, o Centro não continuou empenhando esforços para a implantação do Conselho, que poderia ter sido articulado via Conselho Estadual de Saúde-CES. Desta forma ocorreu um esvaziamento no processo de articulação.

A implantação do Conselho Gestor, tornaria mais efetivo a institucionalização do serviço, além de contribuir para a formulação de políticas para a Saúde do Trabalhador no Espírito Santo e o fortalecimento do controle social no SUS.

Em relação ao objetivo que busca a definição do sistema de referência e contra-referência para o esclarecimento de diagnóstico, tratamento e avaliação de riscos ocupacionais, observa-se que este não se consolidou, pois apesar de ser uma proposta do SUS, na prática, tendo em vista a demanda ser maior do que a capacidade do sistema, a organização dos serviços não se concretizou. Uma situação exemplar são os casos de intoxicações que procuram atendimento no Centro, o procedimento que se utiliza é a avaliação clínica, a dosagem da acetil colinesterase no Laboratório Central da SESA-LACEM, porém não existem condições de fazer uma avaliação de indicadores específicos. Quando é possível, alguns casos são encaminhados à rede privada para suporte diagnóstico.

No que se refere ao convênio do CRST/ES com o CESTE/UFES, através de uma parceria instituída em 1997, devido ter sido uma proposta muito aberta, conforme informa a coordenadora do Centro, onde não ficou definido as contrapartidas de cada instituição, acabou expirando o prazo de validade do convênio sem que nenhuma ação fosse realizada.

Um outro objetivo que durante um tempo se efetivou, foram os estágios e projetos de extensão, desenvolvidos com alunos dos cursos de serviço social/UFES, psicologia/UFES e medicina do trabalho/Faculdade São Camilo, mas que desde o segundo semestre de 1999 não vêm ocorrendo. A coordenação do Centro avalia, que devido o campo não ser remunerado, dificulta a existência de estágios. Podemos inferir diante do observado, que os estágios talvez não estejam ocorrendo porque, associado a questão do campo não ser remunerado, existe a dificuldade dos profissionais assumirem a supervisão do estágio, devido suas atribuições dentro do órgão. Esta é uma questão primordial, pois a maioria das instituições de ensino, condicionam a abertura do estágio com a supervisão no campo de um profissional da área.

Entendemos que a integração e articulação com a Universidade, possibilita a troca de saberes que contribuem para o repensar da teoria e da prática numa relação dialética. As atividades desenvolvidas pelos projetos de extensão – como o grupo de estudos, o grupo terapêutico Revivendo, com usuários portadores de LER/DORT, entre outras – decorrentes

desse processo de articulação com a Universidade, representou um espaço de reflexão e discussão importante para a melhoria da qualidade do serviço público prestado.

Um dos objetivos definidos na implantação do Centro de Referência, propõe trabalhar a vertente educação direcionada a trabalhadores, sindicatos e profissionais da área, assim como, a descentralização das ações em Saúde do Trabalhador para os municípios. A partir do planejamento estratégico, onde o aspecto epidemiológico é priorizado, realizam-se, cursos, oficinas, através de uma metodologia construtivista. A vertente educacional é avaliada pelo Centro como uma alternativa importante na construção de propostas de intervenção no ambiente de trabalho, e também porque trabalha a capacitação procurando aprofundar, partindo da relação capital/trabalho, suas interfaces com a saúde dos trabalhadores.

Uma avaliação realizada em 1999 para fins de trabalho científico, aponta para um maior interesse do movimento sindical no desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde do trabalhador. No que se refere a capacitação dos municípios, não é identificada a possibilidade de estruturação de programas de Saúde do Trabalhador, devido à ausência de interesse político e à dificuldade de realização de ações de vigilância, tendo em vista a necessidade de um código sanitário que ampare essas ações.

Constatamos que a educação é uma vertente que perpassa tanto a vigilância como a assistência. De acordo com Vasconcellos (1997), educar para a saúde é uma forma de contribuir na busca da compreensão da causa dos problemas e suas soluções. Nessa linha de argumentação é condição basilar para o êxito das ações educativas, que o trabalhador compreenda o contexto do surgimento do processo de adoecimento, para que assim possa encontrar meios para nele atuar. Neste sentido estas ações se iniciam no ato da consulta, através da participação ativa do trabalhador na percepção da doença inserida numa perspectiva global.

Do exposto, consideramos que a educação em saúde, é um instrumento fundamental, pois possibilita uma superação da atuação reducionista e fragmentada que permeia as práticas institucionais principalmente no que diz respeito à abordagem de

doenças como as LER/DORT, difíceis de serem diagnosticadas, a partir de uma visão restrita ao aspecto biológico, e que tem apresentado um acentuado crescimento, com características epidêmicas, conforme veremos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2 - AS LER/DORT E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

2.1 - O SURGIMENTO E A REGULAMENTAÇÃO DAS LER/DORT

As LER/DORT, por definição, são um fenômeno relacionado ao trabalho, caracterizado pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como, dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso geralmente nos membros superiores, pescoço e/ou membros. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculo-esquelético e da falta de tempo de sua recuperação (Brasil, 2000).

A primeira doença descrita na literatura associada às atividades repetitivas foi a tenossinovite, conforme demonstram os estudos de Assunção e Rocha (1994), caracterizando-se pela restrição ao livre movimento de um tendão, devido a uma inflamação deste ou de sua bainha.

Em 1891, Fritz De Quervain descreveu a doença como entorse das lavadeiras, devido ao fato de ter encontrado mulheres que lavavam roupas, que apresentavam desgaste sobre os tendões e os músculos adutor longo e extensor curto do polegar. Posteriormente esta patologia passou a ser denominada de tenossinovite do polegar ou enfermidade de De Quervain (Assunção e Rocha, 1994). Essas autoras salientam que apesar de relatos anteriores de câimbra ocupacional em trabalhadores de fábrica de algodão, é nas fases mais avançadas da industrialização que a doença adquire maior relevância.

Nas diversas partes do mundo onde tem sido estudada, essa doença vem recebendo diversas denominações. Assunção e Rocha (1994) identificam em diferentes países as terminologias usualmente utilizadas. No Japão, a partir de 1958, foram descritos casos de Occupational Cervicobrachial Disorder, em perfuradores de cartão e operadores de caixa registradora. Na Austrália, durante a década de 70, houve um aumento de benefícios por doença do trabalho para digitadores, operadores de linha de montagem e embaladores. Inicialmente a denominação foi de Overuse Injuries, posteriormente mudando para o termo

Repetitive Strain Injuries em 1980, sendo esta também empregada na Inglaterra. Nos Estados Unidos utiliza-se o termo Cumulative Trauma Disorders.

Observa-se que nos diferentes países, a denominação da patologia encontra-se relacionada ao processo de reconhecimento da doença como consequência do trabalho, devido ao surgimento em diversas ocupações, associadas não somente a movimentos repetitivos, mas também à sobrecarga estática.

Em relação ao Brasil, o termo mais difundido entre técnicos e trabalhadores é LER- Lesões por Esforços Repetitivos, adotado pelo médico Mendes Ribeiro, em 1986, durante o I Encontro Estadual de Saúde dos Profissionais de Processamento de Dados de Rio Grande do Sul (Assunção e Rocha, 1994).

Vale ressaltar que oficialmente as LER somente foram reconhecidas no Brasil, através da pressão das lutas políticas, da mobilização dos trabalhadores e profissionais de saúde, para o reconhecimento da tenossinovite como doença do trabalho pela Previdência Social.

Na década de 80, segundo Assunção e Rocha (1994), casos de tenossinovite, principal quadro clínico de LER mas não o único, entre digitadores do Rio Grande do Sul, levaram os sindicatos de trabalhadores em processamento de dados, a lutar pelo reconhecimento das lesões como doença profissional, sendo em 1987 reconhecida pelo Ministério da Previdência, através da Portaria 4.602.

A Norma Regulamentadora nº17 (Portaria 3571, de 23/11/90) foi também fruto de reivindicações sindicais pela melhoria das condições de trabalho dos digitadores. Essa norma fixa limites para empresas onde há postos de trabalho que exijam esforços repetitivos, ritmo acelerado e posturas inadequadas, porém não contemplando-se ainda, os diversos fatores responsáveis pelas LER. Em 21/07/92, a partir do Decreto 611, as LER entram para a lista de agentes patogênicos considerados causadores de doenças ocupacionais (Assunção & Rocha, 1994).

Em março de 1993, a norma técnica elaborada sobre LER pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, dispõe sobre procedimentos de avaliação de incapacidade de trabalhadores afastados do trabalho, para orientação aos médicos peritos. Finalmente com a promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, as LER assim como as demais doenças profissionais, deixam de ser uma responsabilidade única do Ministério do Trabalho e são assumidas também pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente ocorreu uma revisão nesta Norma Técnica realizada pelo INSS, sendo publicada em 19/08/1998 no Diário Oficial da União a Nova Norma técnica de avaliação de Incapacidade para fins de Benefícios Previdenciários, substituindo o termo LER pela denominação Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT. Apesar da modificação da terminologia, o termo LER continua sendo utilizado devido sua ampla difusão.

Esta norma encontra-se dividida em duas seções. A seção I refere-se à atualização das LER/DORT e a seção II trata dos procedimentos administrativos e periciais em DORT. A Norma Técnica/1998 tem o objetivo de estabelecer critérios de cobertura da Previdência Social nos casos de LER/DORT.

Cabe ressaltar, que apesar desta norma apresentar aspectos atualizados em relação à doença, se verifica alguns questionamentos. De acordo com Echternacht (1998), a Norma Técnica incluiu novos diagnósticos, como a síndrome miofascial e as fibromialgias, porém apresenta dificuldades para o diagnóstico precoce nos novos procedimentos administrativos e periciais. Associa-se a este fato, mudanças nos critérios para emissão da CAT, nos critérios de avaliação da incapacidade para o trabalho, dificultando a caracterização do nexo causal, entre outros.

Desta maneira constata-se que para a finalidade de prevenção, que é fundamental para a redução dos casos de LER/DORT, deveriam ser estabelecidos novos critérios, que possibilitem intervir na situação de trabalho e não somente em reparos de danos ou indenização.

2.2 - CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS, SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO DE LER/DORT

Para a ocorrência das LER/DORT, não existe causa única e determinada; são vários os fatores existentes no trabalho que podem estar relacionado à sua gênese: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, mais precisamente os membros superiores, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais, etc., conforme o próprio documento ministerial se refere (Brasil, 2000).

Neste sentido, as LER/DORT, podem se manifestar em diferentes quadros clínicos, com diferentes sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, conforme a atividade desempenhada. Algumas manifestações mais comuns são citadas:

“Tenossinovite: Evidencia-se por inflamações dos tecidos sinoviais⁴, que recobrem os tendões⁵, em sua passagem pelos túneis fibrosos dos ossos. É subdividida em :

Tenossinovite de De Quervain: é decorrente do espessamento do ligamento anular do carpo⁶, na parte em que passam os tendões que flexionam e esticam o polegar. O processo inflamatório do local atinge os tecidos sinoviais e tecidos próprios dos tendões desde a base do osso rádio do antebraço até o polegar, podendo inativar tanto o seu funcionamento como o do punho.

Tenossinovite dos Extensores dos Dedos: é a inflamação aguda ou crônica dos tendões extensores dos dedos e das bainhas que os recobrem, ocasionando dor local.

Tendinite do Supra-Espinhoso: é a inflamação do tendão do músculo supra-espinhoso em torno da articulação do ombro, decorre principalmente das atividades repetitivas do braço e de exercício muscular excessivo, sintomas de sensação de peso até dor violenta no local;

Epicondilite: Caracterizada por ruptura ou estiramento nos pontos de inserção (membranas interósseas) do cotovelo, ocasionando processo inflamatório que atinge os tendões, músculos e respectivos tecidos que o recobrem;

Bursite: Inflamação das bursas (pequenas bolsas de paredes finas em regiões de atrito entre os diversos tecidos do ombro), com manifestação de dor na realização de certos movimentos;

⁴ Tecido sinovial: membrana que atua no reconhecimento e lubrificação das articulações e tendões e seus deslocamentos.

⁵ Tendões: cordões fibrosos que inserem os músculos nos ossos.

⁶ Ligamento Anular do Carpo: tecido fibroso que envolve os ossos do corpo mantendo-os nas respectivas posições.

Síndrome do Túnel do Carpo: Decorrência da compressão do nervo mediano na altura do carpo, envolve um estreitamento do túnel do carpo, provocando atrito entre tendões e ligamentos; e
Síndrome de Desfiladeiro Torácico: Decorrência da compressão de vasos e nervos entre o pescoço e o ombro na saída do tórax que passa por um canal delimitado pela clavícula, primeira costela e músculos; este canal pode estreitar mais ainda ao se trabalhar com a cabeça elevada ou por vícios de posturas” (LER, 1997 apud Aguiar, 1998: 23-24).

Existem outras manifestações de LER/DORT, cujo desencadeante é o estresse emocional, que pode ser causado pelo trabalho ou mesmo pelo afastamento do trabalho:

“Síndrome Álgica Miofascial: é comum também a dor se manifestar na musculatura esquelética devido à constrição prolongada. Esta decorre principalmente de uma prática de atividades extenuantes ou como subproduto de tensão psicológica, angústia ou ansiedade, cujas causas não se mostram evidentes para os pacientes. O tratamento se postula na terapêutica que quebra o ciclo dor-constrição-dor.” (LER,1997 apud Aguiar, 1998: 24)

“Distrofias Simpático-Reflexas : A dor sentida é contínua e se exacerba com o estresse emocional. Observam-se principalmente alterações nos vasos sanguíneos, iniciando-se com vasodilatação-pele quente e seca- para chegar a uma vasoconstrição- edema e pele fria. Quando não tratada pode ocasionar atrofia muscular, restrição articular, porosidade óssea e impotência de funcionamento.” (LER,1997 apud Aguiar, 1998:25)

Em relação ao diagnóstico, conforme observa as Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, (Brasil, 2001b), a investigação da doença deve obedecer a seguinte seqüência:

a) História clínica detalhada:

As queixas sinais e sintomas mais comuns entre os trabalhadores com LER/DORT, são a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso, formigamento, parestesia, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento articular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal). As queixas geralmente se apresentam em diferentes graus de severidade, podendo ser caracterizadas em relação ao tempo de duração, localização, intensidade, entre outros aspectos.

Os sintomas apesar de inicialmente apresentarem-se de forma insidiosa, predominando mais no término ou em momentos de picos da produção, aliviam através do repouso. Com o decorrer do tempo, esses sintomas podem tornar-se freqüentes durante o trabalho, inclusive incidindo nas atividades extra laborativas do trabalhador. Neste momento, as pessoas procuram atendimento médico, devido às dificuldades que tais sintomas implicam no desempenhar de suas capacidades funcionais.

É constante nestes casos, o tratamento baseado apenas em antiinflamatórios e sessões de fisioterapia, que somente vão dissimular os sintomas, sem atingir os seus fatores desencadeantes, não ocorrendo alterações nas condições e organização do trabalho, ocasionando a progressão do quadro clínico.

Com o passar do tempo, os sintomas além de aparecerem espontaneamente, tendem a se manter de forma contínua, gerando crises de dor intensa, geralmente desencadeadas por movimentos bruscos, pequenos esforços físicos, alternância de temperatura, insatisfação e tensão. São características pertinentes de um quadro mais grave de dor crônica, que solicita principalmente uma abordagem mais aprofundada e em equipe multidisciplinar. Esta abordagem é necessária, para que o profissional devido à dificuldade no tratamento deste paciente não relacione a doença como de ordem exclusivamente psicológica, gerando no paciente, ao se deparar com esta situação de evolução das LER/DORT, uma obrigação de comprovar a existência da doença, para que realmente seja conferida credibilidade à dor manifesta que não se objetiva nos exames solicitados pelo profissional.

b) Investigação dos diversos aparelhos

Como em qualquer caso clínico, outros sintomas ou doenças devem ser investigados, tendo em vista a possibilidade de terem influência na determinação ou agravamento do caso. Algumas situações – como trauma, diabetes mellitus, artrite reumatóide, gravidez – podem causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético e do sistema nervoso periférico.

Ressalta-se que o achado de uma patologia não ocupacional, não descaracteriza a existência concomitante de LER/DORT. Em relação a legislação previdenciária, havendo relação com o trabalho, a doença é considerada ocupacional, mesmo que existam fatores não relacionados ao trabalho.

c) Comportamentos e hábitos relevantes

São hábitos que podem causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético e necessitam ser investigados como: uso de computador em casa, ato de dirigir, tricotar, carregamento de sacolas e etc. Estas atividades citadas, geralmente agravam o quadro de LER/DORT, mas não são causas determinantes para a ocorrência da doença, devido serem atividades exercidas com flexibilidade de ritmo e tempo. Não existem evidências na literatura da relevância das tarefas domésticas como desencadeantes de quadros de LER/DORT. Porém existem muitos estudos que associam a ocorrência de doenças músculo-esqueléticas com a exposição de fatores de risco no trabalho.

d) Antecedentes pessoais

Refere-se à história de traumas, fraturas e outros quadros mórbidos que possam ter provocado ou acentuado os processos de dor crônica.

e) Antecedentes familiares

Na elaboração da hipótese diagnóstica, o profissional deve investigar a existência de familiares co-sanguíneos com história de diabetes e outros distúrbios hormonais e reumatismos.

f) Anamnese Ocupacional

Tanto quanto elaborar uma boa história clínica é saber onde e como o trabalhador desenvolve seu trabalho, observando no relato a rotina da atividade: duração da jornada de trabalho, existência de pausa, execução e frequência de movimentos de repetição,

existência de sobrecarga estática, formas de pressão de chefias, mudanças no ritmo, insatisfação, enfim, vários fatores predisponentes para o surgimento das LER/DORT. Além destes fatores é importante identificar a existência do ruído excessivo, mobiliário inadequado, desconforto térmico que também são fatores de risco para a ocorrência da doença.

Na história ocupacional é fundamental fazer um levantamento dos empregos anteriores e suas características, independente da presença de vínculo empregatício.

Questões relacionadas as características dos sintomas e sinais como: tempo de duração, localização, intensidade, fatores de melhora e piora, tipos de tratamento realizados e suas respectivas respostas, são aspectos que devem ser analisados, à luz das características e condições de trabalho.

É sugerido que a avaliação deve contar com uma análise ergonômica, abrangendo o posto de trabalho e a organização do trabalho. Diante da impossibilidade de realizar a avaliação, o médico poderá compreender as condições de trabalho através da simulação por parte do paciente dos movimentos realizados no decorrer do desempenho da atividade ou solicitar uma visita ao local de trabalho, como também informações do responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional da empresa.

g) Exame físico

O exame físico deve tentar identificar o comprometimento de músculos, tendões, nervos, articulações, problemas circulatórios nos membros mais atingidos, em geral, os superiores.

h) Exames complementares, se necessários

Os exames não devem ser solicitados indiscriminadamente, pois eles são complementares à uma análise prévia do quadro. A solicitação de um exame complementar

é auxiliar no raciocínio clínico; portanto, deve ser indicado e interpretado adequadamente, caso contrário poderá atrapalhar a investigação e condução do caso.

Acrescenta-se ainda, que para a realização do diagnóstico, além das etapas citadas, é importante, de acordo com as condições de cada Serviço de Saúde, contar com a investigação do ambiente ou posto de trabalho. Desta maneira, as informações fornecidas pelo paciente, associadas aos dados obtidos pela equipe do serviço de saúde, inclusive os surgidos nas inspeções de ambiente de trabalho, contribuirão para respaldar o diagnóstico clínico.

Do ponto de vista médico, a gravidade destas doenças, segundo Borges (1999:5):

“...decorre de serem afecções que inicialmente se manifestam através de sintomas – geralmente sensação de desconforto, pontadas e dores localizadas, perda de força muscular – que não se acompanham de sinais físicos e não são passíveis de detecção por exames complementares, dificultando seu diagnóstico.”

É necessário ressaltar, que essa dificuldade de percepção dos sinais manifestos nas fases iniciais das LER/DORT, acarreta conseqüências para o trabalhador que repercutem na sua vida pessoal e profissional, tendo em vista todo um contexto que se forma de descrédito e de marginalização em relação à existência da doença. Estas situações implicam muitas vezes no trabalhador adiar o tratamento, somente retornando aos Serviços de Saúde, quando os sinais e sintomas já se apresentam visivelmente e a incapacidade se torna um fato concreto, de difícil reversão, decorrente de diagnóstico tardio.

Percebe-se então que, de acordo com o desenvolvimento das LER/DORT, uma das possibilidades de evolução da doença é a incapacidade física do trabalhador, para desempenhar suas funções profissionais e diárias. Neste sentido, é fundamental que as LER/DORT sejam diagnosticadas no início da apresentação dos sinais e sintomas e que o trabalhador receba o tratamento adequado, para que assim possa estagnar a evolução da

doença. Do contrário, a doença pode evoluir para formas crônicas, com dor constante e incapacidade permanente.

2.3 - ORIENTAÇÕES RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O RECONHECIMENTO DA DOENÇA NO INSS

Considera-se, após a análise de todas as etapas apontadas para a realização do diagnóstico, ser possível chegar a uma conclusão, baseada na história clínica do paciente, na relação das suas queixas com os fatores desencadeantes de LER/DORT, nas alterações das condições e organização do trabalho na empresa, tendo em vista que não existe um exame ou instrumento capaz de comprovar que o quadro clínico é causado pelos fatores laborais.

Com o diagnóstico definido, os trabalhadores segurados da Previdência Social, devem ser encaminhados, para o preenchimento da CAT. Todos os casos com diagnóstico firmado de LER/DORT devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador. Na ausência de comunicação por parte da empresa ou recusa, a lei garante que o próprio acidentado, seus dependentes, o sindicato que representa o trabalhador, o médico assistente ou qualquer autoridade pública pode preencher. A emissão da CAT acontecerá até o primeiro dia útil após a data do início da incapacidade, ou até o primeiro dia útil após a data em que o diagnóstico for realizado (Brasil, 1998).

Posteriormente a emissão da CAT o trabalhador deverá procurar o serviço de saúde pública ou privado para que o médico assistente realize o preenchimento do item II da CAT referente ao Laudo de Exame Médico-LEM ou relatório médico com informações que fundamentem o diagnóstico.

De acordo com a Norma Técnica do INSS sobre DORT (Brasil, 1998), a CAT deverá ser enviada ao setor de benefícios do INSS, para a caracterização do nexo administrativo, ou seja, o registro do caso sem prejuízo da conclusão posterior da Perícia Médica. O setor de Benefícios do INSS deve registrar a CAT, observando e exigindo o

completo preenchimento de seus campos, realizando todas as formalidades de direito da mesma. Porém para a caracterização do nexó técnico, somente será estabelecida caso a previsão de afastamento do trabalho no LEM, superior a 15 dias, seja confirmada; caso contrário, haverá somente notificação, para fins de vigilância de possíveis casos de origem ocupacional, mas não ocorrerá o registro na carteira profissional.

Cabe mencionar que segundo esta mesma Norma Técnica, o nexó técnico consiste no vínculo entre a afecção de unidades motoras e a presença de fatores ergonômicos para o surgimento das LER/DORT. A caracterização pericial do nexó técnico não reside nos resultados de exames, mas na relação entre a lesão e o exercício da atividade de trabalho.

Nos casos de afastamento do trabalho maior que 15 dias, o segurado passará por um exame pericial, onde será avaliado seu quadro clínico, a incapacidade para o trabalho e o nexó técnico. Havendo o nexó, o trabalhador permanecerá em auxílio-doença-acidentário, até que o INSS lhe atribua alta.

Em caso de alta sem limitações, o retorno à atividade acontecerá normalmente, com o acompanhamento do Serviço de Saúde. Caso existam restrições, na qual seja indicada a reabilitação, o Centro de Reabilitação Profissional do INSS proporcionará o treinamento numa nova função compatível com as limitações funcionais do paciente. Ressalta ainda, que ao auxílio-acidente tem direito todo trabalhador que sofre redução da capacidade funcional, em função de seqüela definitiva, independente da reabilitação profissional. Além de que todo trabalhador afastado por mais de 15 dias em auxílio-acidentário, quando receber a alta terá seu contrato de trabalho mantido por no mínimo 12 meses (Brasil, 2000).

Diante destes aspectos, observa-se que a caracterização da doença ocupacional, mesmo que estabelecida nos Serviços de Saúde, em última instância é determinada pelo INSS, que definirá o “benefício” ao qual fará jus o trabalhador. Em muitos casos de doenças como as LER/DORT, o INSS não as reconhece, mesmo diante de evidências das implicações do trabalho no desencadeamento das mesmas. Compreendemos que está implícito neste tipo de procedimento, toda uma lógica pautada em critérios

compensatórios, para o não reconhecimento das doenças ocupacionais. Desta forma, ao analisar a doença considerando também estes critérios, torna-se difícil pensar numa atuação voltada para a prevenção e recuperação do trabalhador e como consequência destas dificuldades se acentuará ainda mais o ônus para o sistema securitário, devido ao surgimento de novos casos e as recidivas e agravamento de outros.

2.4 - ORIENTAÇÕES PARA ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS LER/DORT

Diante destas questões, uma vez delimitado o diagnóstico e realizados os encaminhamentos necessários, para o trabalhador se situar neste longo percurso de reconhecimento da doença pelo INSS, cabe informar conforme aponta o documento ministerial Brasil (2000), que os Serviços de Saúde devem ultrapassar essa fase da assistência ao paciente, estruturando os dados disponíveis em um Sistema de Informações que respalde as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador da seguinte forma:

- Utilização do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), para contribuir com as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- Ultrapassar os limites do diagnóstico individual, buscando uma ação coletiva devendo ser este o princípio norteador da abordagem de LER/DORT. De acordo com as possibilidades de cada serviço, a organização de dados contribui para uma intervenção nas empresas e locais de trabalho, incidindo numa ação mais eficaz de impacto coletivo na prevenção de LER/DORT. Para a realização dessas ações de intervenção, terão prioridade as empresas ou locais de trabalho, nos quais se observou a maior frequência de casos da doença.
- Nas ações de Vigilância, os aspectos abordados devem ser relacionados ao tempo de exposição dos trabalhadores às cargas físicas, cognitivas e psíquicas; ao processo de trabalho e organização; ao mobiliário, entre outros fatores importantes presentes nas situações de trabalho.

Em relação aos procedimentos adotados pela equipe multidisciplinar desses Serviços de Saúde do Trabalhador, o documento Brasil (2000), ressalta:

- É fundamental que a equipe entenda a fisiopatologia da dor nos pacientes com LER/DORT, pois facilitará o tratamento, estabelecendo os objetivos gerais e específicos do mesmo e a reabilitação para cada caso, entendendo que são processos concomitantes.
- As metas estabelecidas devem ser de conhecimento do paciente, cada passo conquistado deve ser ressaltado e valorizado.
- Não existe dicotomia e nem separação precisa entre o tratamento e a reabilitação, assim como entre a parte física e a psicológica, uma influencia na outra.
- Apesar de cada profissional da equipe desenvolver atividades terapêuticas específicas, é importante que exista uma unidade no que diz respeito ao tratamento e à reabilitação, numa perspectiva interdisciplinar.
- Todos têm responsabilidades específicas e gerais no atendimento ao paciente, sendo uma das responsabilidades gerais escutar o paciente.
- A investigação de ambientes de trabalho é necessária em todas as ações, mesmo nas inspeções que visam suporte diagnóstico.
- Devem ser desenvolvidas ações de educação e comunicação, envolvendo trabalhadores, sindicatos, profissionais de saúde, empregadores, enfim as diversas parcerias estabelecidas.
- A experiência de alguns Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no País, através de intervenções em ambientes de trabalho, demonstram a necessidade de ações mais efetivas do SUS na prevenção de LER/DORT.

Nestes termos observamos que, apesar da diversidade de experiências relacionadas à abordagem das LER/DORT nos Serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, constatamos por meio de pesquisa bibliográfica a carência de referências relacionadas a este tema, como uma forma de mudança efetiva no atual quadro de ocorrência da doença no País, conforme apresentaremos no tópico seguinte.

2.5 - AS LER/DORT NOS CRST's - UM TEMA POUCO ESTUDADO

As LER/DORT se constituem atualmente na maior demanda aos Centros de Referência e Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, se constituindo segundo (Ribeiro, 1997a) na mais freqüente causa de emissão de Comunicações de Acidentes do Trabalho-CAT na Previdência Social. Torna-se assim, um grave e pouco conhecido problema de saúde pública a ser enfrentado no Brasil.

Neste sentido, dados referentes aos atendimentos ambulatoriais no CRST/ES, revelam que no ano de 1998, dos 770 casos diagnosticados como doença ocupacional, 241 apresentavam LER/DORT, totalizando (31,3%) em relação aos outros diagnósticos. No ano de 1999, de 673 atendimentos de casos novos, 230 possuíam diagnóstico de LER/DORT, perfazendo um total de (34,2%), em relação ao geral. Vale ressaltar, que a doença colocada em segundo lugar, ou seja, a surdez neuro-sensorial, apresentou uma freqüência de (6,9%) e (15,8%), respectivamente no período de 1998 e 1999.

Os dados apresentados acima, comparados com os de outros programas de atendimento ao trabalhador, vêm respaldar a relevância de um estudo sobre a abordagem deste problema tendo em vista o seu acentuado crescimento na sociedade moderna. Echternach (1998), menciona as estatísticas do Núcleo de Saúde do Trabalhador do INSS de Minas Gerais- NUSAT/INSS-MG, onde desde 1993 as LER/DORT representam em torno de 60 a 70% dos diagnósticos de doenças profissionais e também as do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo (CEREST-SP), PST-Campinas, e do Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, onde, do mesmo modo, as LER/DORT correspondem à principal demanda de atendimento, representando igualmente 60 a 70% dos casos.

Diante de tantas questões, iniciamos a pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline e Lilacs, referente ao período de 1990-1999, que se configurou numa busca de bibliografias existente em relação às variáveis “LER/DORT” e “serviços de saúde”. Para a pesquisa no Medline, que é uma base de dados internacional, utilizamos as denominações usualmente conhecidas para LER/DORT em inglês, como Repetitive Strain Injuries, Cumulative Trauma Disorders, Work Related Musculoskeletal Disorders.

A pesquisa realizada no Medline no início do ano 2000, apresentou um número reduzido de publicações. Desta forma resolvemos refazê-la neste ano, utilizando as referências “LER/DORT” e “serviços”, objetivando abranger um número mais representativo de referências bibliográficas, e incluímos também o ano 2000. Verificamos então, através de leitura dos resumos selecionados, uma carência de produções relacionadas às variáveis solicitadas. Geralmente os artigos publicados na base Medline, fazem menção a estudos de casos de LER/DORT em trabalhadores da indústria, orientações para tratamento e prevenção nas empresas e também referências relacionadas à presença da doença em algumas categorias profissionais, como a enfermagem. Deste modo, concluímos que os artigos não informam concretamente à respeito da abordagem das LER/DORT em serviços Públicos de Saúde, sendo citadas algumas inferências mas, algo incipiente.

Em relação à busca na base de dados Lilacs, onde a maior parte das produções são latino-americanas, ao realizarmos recentemente uma nova pesquisa encontramos poucos artigos, porém constatamos um artigo nacional que discute a questão do trabalho bancário e saúde, no qual faz inferências a respeito do fluxo de atendimento de acidentados do trabalho no SUS.

Portanto, esta pesquisa bibliográfica nas bases de dados nos permitiu informar, que mesmo sabendo da existência de estudos à respeito da temática, mas que ainda não estão disponíveis nas bases de dados citadas, estes dados apontam, que apesar do crescimento de LER/DORT no País, e nos CRST's, ainda é um tema pouco estudado, do ponto de vista da relação do impacto que provoca nos serviços de saúde e as ações que são desencadeadas para o enfrentamento da doença. Ainda mais, considerando que, devido a todo um contexto

estrutural e conjuntural, os CRST's acabam reproduzindo um olhar e uma intervenção limitada da relação saúde/doença.

2.6 - AS LER/DORT COMO PRODUTO DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO-A NECESSIDADE DE SE ULTRAPASSAR O MODELO BIOLOGICISTA

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

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

Apesar de já terem sido relatadas há mais de 200 anos pelo médico italiano, Bernardino Ramazzini (1633-1714), considerado o pai da Medicina do Trabalho, as ocorrências de problemas osteomusculares nos trabalhadores daquele período (mais precisamente os escribas), essas somente tornaram-se um problema relevante a partir do momento que passaram a atingir diferentes processos produtivos (Magalhães,1998). Nos últimos 20/30 anos as LER/DORT têm se tornado uma preocupação em diversos países, sendo associadas à implantação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho.

Ao analisar o aparecimento das LER/DORT nos processos produtivos, encontramos fatores, como o trabalho repetitivo que se encontram na causalidade da doença e nos remetem aos aspectos da “Organização Científica do Trabalho” concebida por Taylor (Fleury e Vargas,1983). Este sistema tem como objetivo o aumento da produtividade, a eliminação do tempo morto de trabalho, tempo este que implica numa diminuição da produção. Para a Psicopatologia do Trabalho, este tempo é fundamental, durante o qual as

“operações de regulação” da relação homem-trabalho ocorrem, procurando manter a realização da atividade e a proteção da saúde do trabalhador.

A organização científica do trabalho priva o trabalhador do seu saber, reprime a liberdade de organização e de adaptação do trabalho, haja visto que esta solicita do trabalhador uma atividade intelectual e cognitiva que estará impossibilitada de ocorrer no trabalho taylorizado.

O modelo proposto por Taylor, não se limita à concepção do modo operatório, mas à sua operacionalização. Desta forma, institui um sistema de vigilância dos movimentos empregados pelo trabalhador, aumentando a parcialização e rigidez do trabalho, configurando assim os elementos essenciais da Organização Científica do Trabalho. O trabalho taylorizado produz a divisão e individualização dos trabalhadores, dificultando espaços de união e organização. Segundo Dejours (1988: 42),

“Taylor estava errado. O que parece correto do ponto de vista da produtividade é falso do ponto de vista da economia do corpo. Pois o operário é efetivamente o mais indicado para saber o que é compatível com a saúde. Mesmo se seu modo operatório não é sempre o mais eficaz do ponto de vista do rendimento em geral, o estudo do trabalho artesanal mostra que, via de regra, o operário consegue encontrar o melhor rendimento de que é capaz respeitando seu equilíbrio fisiológico e que, desta forma, ele leva em conta não somente o presente mais também o futuro.”

A Organização Científica do Trabalho ao reprimir a atividade intelectual do trabalhador, atinge negativamente a sua vida psíquica, em suas dimensões cognitivas e afetivas que podem contribuir para o desencadeamento das LER/DORT.

No período que transcorreu do nascimento do Taylorismo, até hoje, muitas mudanças ocorreram nos processos de trabalho. São as novas relações de trabalho que nos países do terceiro mundo coexistem com as antigas e arcaicas formas de exploração do homem. A competitividade aumenta a cada dia, a globalização da economia afeta decisivamente as políticas empresariais e os trabalhadores.

“O acirramento da concorrência intercapitalista em nível mundial, a introdução de novas tecnologias de base microeletrônica e as

reivindicações sociais dos trabalhadores nas sociedades industrializadas influenciaram o surgimento e a intensificação de novas formas de organização do trabalho”. (Mattos, et. al., 1996: 44)

Nestes termos, na década de 70 surge em diversos países do primeiro mundo, de acordo com a especificidade de cada região, experiências denominadas como formas de acumulação flexível. Estas representaram mudanças no processo tradicional de produção em série e de massa e trouxeram significativas transformações nas relações de trabalho.

A organização do trabalho desenvolveu-se em conjunto com a economia globalizada, distanciando ao máximo os trabalhadores responsáveis pela concepção dos produtos, daqueles que executam as tarefas, o que proporciona a desarticulação dos trabalhadores no local de trabalho e conseqüentemente nas lutas, abrindo caminho para a Acumulação Flexível/Toyotismo.

Ao contrário que previa o conceito Taylorista-Fordista de cada homem no seu posto de trabalho, operando uma máquina, no Toyotismo difundido pela indústria japonesa, cada operário deve operar várias máquinas; cria-se então o trabalhador multifuncional, mas por outro lado, desespecializado.

O trabalho geralmente é feito por equipes de trabalhadores operando um sistema de máquinas automatizadas. Rompe-se com a verticalização do Fordismo e instaura-se a horizontalização, onde a empresa diminui suas atividades, sendo algumas delas terceirizadas. A necessidade agora é atender um mercado interno que solicita pequenos pedidos e produtos diferenciados, contrário ao que propunha o Fordismo, à produção em massa.

O Toyotismo ou a Acumulação flexível representa uma etapa avançada no processo de exploração do trabalhador, a partir de uma proposta de cooptação dos mesmos e desarticulando-os de qualquer processo de organização. Com a implantação desse sistema agravam-se as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores, porque na medida que aumenta-se o uso de mão-de-obra em tempo parcial, temporário ou subcontratado,

diminuem-se os salários e as questões referentes à Saúde do Trabalhador tornam-se irrelevantes no contexto das relações de trabalho.

Essa nova forma de organização do trabalho requer estruturas mais flexíveis, trabalhadores receptivos à mudanças nas relações de trabalho, legislação flexível, o máximo de aproveitamento de tempo garantido pelo sistema just in time que introduz a questão do estoque mínimo. Suas características associadas às inovações tecnológicas, da automação e da informatização predominante na década de 80, proporcionam um aumento da exploração do trabalho com a diminuição da porosidade na produção.

Entende-se que as formas de acumulação flexível, apesar de constituírem práticas diferenciadas das adotadas pelo taylorismo/fordismo, representam na verdade uma redefinição do capitalismo, enquanto uma resposta para as suas constantes crises.

Com a economia globalizada do capitalismo ocorre uma mudança das exigências do trabalho, com a automatização acelerada e a informatização, a organização do trabalho se modifica. O que se verifica nesse novo ciclo de desenvolvimento capitalista é a crise do modelo de produção: não há mais a necessidade da força bruta, porém requer movimentos leves, repetitivos, rápidos, acompanhando o ritmo da máquina, trabalho estático e uma atenção constante para que desenvolva as tarefas prescritas da melhor maneira possível.

É preciso assinalar que a causa das LER/DORT não pode ser atribuída à automação do processo de produção e sim a forma de uso e apropriação desta tecnologia e a organização do trabalho.

Deste modo, verifica-se formas antigas e novas que assume a organização do trabalho, associada à operação de novas tecnologias, manifestando-se em exigências que se impõe aos trabalhadores no processo de trabalho (Noriega, 1993). Estas novas exigências fazem parte do trabalho em processos repetitivos, produzidos em meio as transformações técnicas e organizacionais que ocorreram no modo capitalista de produção e se expressam nos trabalhadores, ocasionando formas de adoecimento como as LER/DORT.

As LER/DORT se configuram como um mal-estar físico e psíquico prioritariamente, mais não somente, dos processos de trabalho repetitivos, mas também nos que exigem sobrecarga estática. Mais que um problema físico, requer toda uma compreensão do processo de sofrimento psíquico. O fator físico-mecânico está presente no desencadeamento das LER/DORT, porém não se pode deixar de considerar os aspectos psicoemocionais. A busca da qualidade e competência, o processo de fragmentação dos trabalhadores típico do Taylorismo, impedem a percepção da coletividade, a construção de vínculos solidários e de identidade, entre os trabalhadores.

A abordagem das LER/DORT solicita uma concepção mais ampla do próprio conceito de saúde e seus determinantes. Devendo se considerar o trabalhador que adocece enquanto sujeito e seu cotidiano determinado pelas relações de trabalho. Ressaltamos, que grande parte das concepções e práticas relacionadas à doença, ainda são permeadas pela influência do modelo biologicista, inclusive sendo incorporado nas atuais legislações que regulamentam as LER/DORT. Esta situação se reflete no âmbito de atuação dos Centros de Referência, através de ações desarticuladas que pouco interferem no processo de organização do trabalho, enquanto determinante fundamental para a gênese da doença.

CAPÍTULO 3 - O ESTUDO DA SAÚDE-DOENÇA E A RELAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO.

O processo saúde-doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho se constitui no objeto do campo da Saúde do Trabalhador, dentro de um determinado contexto histórico, onde o papel dos trabalhadores é fundamental na produção de conhecimento a respeito desse processo. Deste modo, a Saúde do Trabalhador, ao compreender o trabalho como espaço de submissão e dominação do trabalhador pelo capital, mas também de resistência e luta por melhores condições de vida e trabalho, busca entender o processo de adoecimento ao qual estão submetidos os trabalhadores (Mendes & Dias, 1991).

Cumprir situar, que a emergência deste campo, ocorre com o avanço de formulações teórica, metodológica e técnica que aparecem a partir dos anos 60, possibilitando esclarecer a relação da saúde com os processos econômicos e sociais. Essa nova corrente de pensamento surge de autores da medicina social latino-americana, que desenvolvem uma crítica à teoria e prática da medicina dominante, se constituindo num movimento que se ramifica para vários países.

Diante da crise econômica vivenciada nos anos 70, que denuncia os problemas que afetam a maioria da população, como a organização do trabalho capitalista e a necessidade de mudanças sociais, é que as propostas da corrente latino-americana da medicina social ganham força.

Diferenciando-se da medicina dominante, a medicina social avança na concepção de saúde, entendendo a saúde-doença como um processo social, colocando o *“nexo biopsíquico como expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado.”* (Laurell & Noriega, 1989: 100)

É necessário ressaltar, que a doença para a medicina dominante é um processo individual e biológico, um desequilíbrio entre agente-hóspede-ambiente. É uma medicina que surge desde o séc. XIX sobretudo na Inglaterra, centrada no *“controle da saúde e do*

corpo das classes mais pobres para torná-las mas aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mas ricas.” (Foucault, 1993: 97)

O processo saúde-doença é uma totalidade, não podendo ser reduzido ao estritamente biológico e individual, pois a essência do processo é o reconhecimento de seu caráter social e sua determinação histórica; mesmo o processo biológico presente no processo saúde-doença, também tem um caráter social. Essa concepção identifica a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos, rompendo com o pensamento médico dominante do caráter a-histórico da biologia humana. A medicina dominante, ao enfatizar o caráter biologicista no processo saúde-doença, oculta o seu verdadeiro caráter de ser um processo biológico e social.

O conhecimento do nexu biopsíquico humano em sua historicidade, requer a construção de um novo objeto de estudo. Este objeto compreende a saúde-doença, enquanto um processo único, que se relaciona com os demais processos que conformam a vida, superando assim a visão fragmentada que entende a doença como algo que se contrapõe à saúde.

Nestes termos, de acordo com Laurell & Noriega (1989), ao definir seu objeto de estudo, a medicina social considera que a apreensão do caráter histórico do processo saúde-doença ocorre a nível coletivo, uma vez que o caráter social da doença não se expressa individualmente, mas no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, numa dada sociedade, de acordo com as classes sociais que a compõe. O caráter social é determinado pela inserção dos grupos humanos no processo de produção e assim o processo de trabalho emerge como categoria fundamental para o estudo do processo saúde-doença.

3.1 - O PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE

A medicina social ao discutir a relação entre saúde-trabalho, contribuiu efetivamente para a compreensão da determinação do caráter histórico e social do processo saúde-doença, a partir do momento que conceitua o trabalho, através da concepção do processo de trabalho, que se inscreve nas relações sociais de produção.

Neste contexto, a Saúde do Trabalhador que tem suas origens na medicina social, se contrapõe à Medicina do Trabalho de corte tradicional e tecnicista, que ao analisar os impactos do trabalho sobre a saúde, realiza de forma reducionista, restringindo-se à avaliação de riscos presentes no ambiente de trabalho, ocultando desta maneira, a complexa relação entre processo de trabalho e saúde. Essas formulações são consideradas insuficientes pela medicina social, que utiliza o materialismo histórico para a explicação do processo de trabalho, como categoria central na análise da produção social do nexo biopsíquico humano.

O processo de trabalho é a relação entre o homem e a natureza, através do qual o homem utiliza sua energia, força, para transformar, manter, ou produzir bens necessários à sua sobrevivência. A relação que o homem estabelece com a natureza, a forma como se apropria da natureza e a transforma, resulta também no processo saúde-doença.

Marx (1983b), concebe o trabalho como um processo que se realiza entre o homem e a natureza, transformando-a e transformando a si mesmo. Nesta relação, o homem ao transformar a natureza também se modifica, desenvolvendo suas potencialidades e ampliando seu universo social. O trabalho é uma atividade exclusivamente humana, pois somente o homem pode conceber antecipadamente e na sua imaginação, as atividades a serem desenvolvidas, para efetuar as transformações necessárias na criação do objeto que será produto do seu trabalho, antes mesmo que este se realize.

É esta relação que o homem estabelece com a natureza através do trabalho, de mútua transformação, que nos possibilita entender o caráter social do processo saúde-doença, tendo em vista que estas transformações ocorrem de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção, num determinado modo de produção. A relação entre o processo de trabalho e a saúde, gerando padrões de desgaste aos quais são submetidos os grupos humanos no modo de produção capitalista, somente pode ser entendida, ao analisar as características do processo de produção, nesse tipo de formação social.

A forma de organização dos seres humanos em sociedade é determinada pelas relações que estabelecem para a produção de bens. O capitalismo deve ser entendido, como parte de um processo histórico que desde o início procurou transformar os bens e riquezas, em outros que melhor satisfizessem as necessidades humanas.

O pressuposto básico do capitalismo é, dadas as relações de produção, desenvolver ao máximo a exploração da mais-valia, trabalho não remunerado. Num primeiro momento, utilizou a extensão da jornada de trabalho, como forma de se apropriar do trabalho não pago, que constitui a mais-valia absoluta. Num segundo momento, a mais-valia foi obtida através da diminuição do valor da força de trabalho, que requer que se produza em menos tempo, ou seja, intensifica o trabalho, com o desenvolvimento tecnológico, com alterações no processo de trabalho. Este tipo de apropriação do trabalho humano, denomina-se de mais-valia relativa (Marx, 1983a).

Entretanto, nesta sociedade capitalista que cultiva valores da livre concorrência, individualismo, exploração, a existência do lucro é determinante, onde o processo de produção deve resultar em bens, que além do valor de uso, apresentem também valor de troca e, conseqüentemente, a mais-valia, que é o valor excedente na produção de bens de uso. Percebemos assim, a importância que o processo de valorização ou de produção de mais-valia tem no modo de produção capitalista. A compreensão da constituição do processo de trabalho, está na forma que o capital utiliza para a extração da mais-valia, em determinado momento histórico.

“ Para que se compreendam as características que assume o processo de trabalho no capitalismo, tem-se que lembrar que sua finalidade é a extração da mais-valia. É preciso, pois, remeter ao conceito de processo de produção, com suas duas facetas: o processo de valorização (de produção de mais-valia) e o processo de trabalho (de produção de bens).” (Laurell & Noriega, 1989: 105)

O processo de trabalho e o processo de valorização, constituem o processo de produção capitalista. Tendo em vista que a finalidade do capitalismo é a extração de mais-valia e acumulação de capital, o processo de valorização se sobressai em relação ao processo de trabalho, através de sua intensificação. O processo de valorização é

determinado pela concorrência intercapitalista, onde a produção tem que ser realizada em condições que possibilitem a lucratividade. O processo de trabalho torna-se não só um meio onde são produzidos bens ou valores de uso, mas de produção de valor, valorização.

Neste sentido, o estudo do processo de trabalho, está intrinsecamente relacionado à realização do processo de valorização, associado ao fato de constituir-se num espaço de confronto entre forças antagônicas do capital e trabalho. Em relação à saúde-doença, o processo de trabalho representa o momento onde tomam forma os padrões de desgaste-reprodução dos grupos humanos .

Nesse sentido, de acordo com Laurell & Noriega (1989: 106):

“Se para o capital o processo de trabalho é o meio do processo de valorização, para o trabalho é o âmbito primário da luta contra a exploração. Para ambos esse processo é inevitável e, portanto, um espaço indiscutível de confronto.”

Para compreender o processo de trabalho, é preciso conhecer os elementos que o compõe, ou seja, o objeto de trabalho, os instrumentos e o próprio trabalho, para entendê-los de forma global e dinâmica em relação à saúde dos trabalhadores. Deste modo é necessário analisar suas vertentes técnica e social, identificando também a relação entre os elementos. Conforme observa Laurell & Noriega (1989: 106-107):

“É preciso analisar não somente as características físicas, químicas e mecânicas do objeto de trabalho, mas também porque e como chega a sê-lo, isto é, sua vertente social. Da mesma forma, os instrumentos de trabalho ou a tecnologia devem ser compreendidos, de um lado, no que diz respeito a sua conformação técnica e, de outro, como a materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho. O trabalho, finalmente, tem que ser entendido como processos corporais, mas também, como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão”.

Para um entendimento mais amplo dos fatores relacionados ao processo de trabalho, que repercutem na saúde ou no corpo dos trabalhadores, são propostas duas categorias de análise importantes: cargas de trabalho e desgaste. As cargas de trabalho são elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o a

corporeidade humana, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste (Laurell & Noriega, 1989).

A intensidade das cargas depende da forma de produzir, da organização do trabalho e divisão do trabalho, associadas as relações de força entre capital e trabalho. As cargas podem ser analisadas separadamente, mas na concretude do processo de trabalho elas interatuam entre si e com o corpo do trabalhador.

As cargas podem ser divididas em dois grupos : aquelas que têm materialidade externa ao corpo do trabalhador, como as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e as que só adquirem materialidade na corporeidade humana, ou seja, as cargas fisiológicas e psíquicas.

As cargas físicas, como ruído, as vibrações, a umidade, que ocasionam alterações nos mecanismos fisiológicos humanos, podendo ou não ser reversíveis; as cargas químicas, que consistem nas poeiras, gases, vapores entre outras; as cargas biológicas, que incluem os microorganismos; e as mecânicas, decorrentes dos objetos e meios utilizados nos processos de trabalho, formam um conjunto de cargas que possuem materialidades próprias, que se manifestam objetivamente, independente do corpo do trabalhador e ao se interagirem com o corpo humano, acarretam danos à saúde do trabalhador.

O outro grupo de cargas agrupa as cargas fisiológicas e psíquicas. As cargas fisiológicas se expressam, em condições de trabalho que submetem o trabalhador, a esforço repetitivo, posições incômodas, postura estática, rotação de turnos, etc. As cargas psíquicas se subdividem nas que provocam tensão prolongada ou sobrecarga psíquica – como atenção constante, ritmo de trabalho acelerado, trabalho perigoso, supervisão constante etc – e subcarga psíquica, que limita o uso da capacidade mental decorrente de atividades desprovidas de conteúdo, da separação entre concepção e execução do trabalho, hierarquia, ocasionando a desqualificação do trabalhador.

Para compreender os impactos sobre a saúde-doença dos trabalhadores, é necessário entender como as cargas interatuam entre si, no processo de trabalho,

potencializando os efeitos sobre grupos humanos, acarretando adoecimentos diversos. É devido a esta ação conjunta e dinâmica das cargas, que torna-se imperioso entender o processo de trabalho de forma global.

É fato que todo processo de trabalho, independente do modo de produção no qual é executado, apresenta cargas; porém, o modo de produção capitalista, ao impor a lógica do processo de valorização no processo de trabalho, ocasiona mudanças, nas quais as cargas têm uma dimensão maior. Assim, as cargas são sempre resultantes das características da base técnica, da organização e da divisão do trabalho.

Ao entender as cargas enquanto elementos que provocam processos de adaptação que se traduzem em desgaste no corpo do trabalhador, é fundamental discutir esta categoria no estudo da saúde, na sua relação com o trabalho. O desgaste é resultado de processos adaptativos que acometem o trabalhador, sendo entendido por Laurell & Noriega (1989: 115) “*como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica...*” não se referindo a um processo isolado, mas ao conjunto dos processos biopsíquicos. Entende-se que, ainda que o desgaste se manifeste nos indivíduos, é somente a nível coletivo que ganha dimensão. Corresponde a um conjunto de alterações negativas, como consequência da ação das cargas sobre o corpo humano. O desgaste pode levar desde a perda de órgãos, como também comprometer o desenvolvimento das potencialidades psíquicas ou biológicas do trabalhador.

O desgaste não se expressa claramente, tornando seus elementos difíceis de serem mensuráveis ou observáveis, a não ser através de indicadores, tais como: sinais e sintomas, perfil patológico, redução do tempo de vida útil, estresse, etc.

Partindo da compreensão de que os processos biopsíquicos são históricos e, portanto, passíveis de mudanças, ressalta-se que o desgaste pelo qual o trabalhador é submetido no desenvolvimento de sua atividade, não é irreversível, podendo ser alterado, a partir do momento que ocorra a eliminação das cargas que o gerou.

O impacto das cargas de trabalho e o desgaste sobre as condições de saúde-doença dos grupos humanos, em determinado processo de trabalho, resulta das características próprias do sistema capitalista de produção, que estão presentes na luta entre capital e trabalho, na busca de maior produtividade, competitividade, associado às inovações tecnológicas, à exploração do trabalho e à acumulação do capital. Desta forma, a análise do processo de produção de maneira global é o que nos possibilita compreender como as cargas de trabalho e o desgaste atuam sobre os trabalhadores.

Porém, esta questão é entendida de forma diferenciada pela Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador, com métodos de abordagem distintos. A Medicina do trabalho, que representa o pensamento médico dominante, utiliza o conceito de risco para entender os elementos que fazem parte do trabalho, causando repercussões negativas para o trabalhador, porém os riscos são vistos de forma isolada e fora da dinâmica global e complexa do processo de trabalho.

Por sua vez, a Saúde do Trabalhador, que se baliza na medicina social, ao contrário da Medicina do Trabalho, analisa a saúde-doença como processo social reconhecendo o saber do trabalhador como fundamental neste processo. Busca entender o nexos biopsíquico da coletividade de trabalhadores, através de uma integração dos elementos presentes no processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e a corporeidade humana.

Diante do exposto, pode-se inferir que a interação entre os diferentes grupos de cargas na lógica global do processo de trabalho, nos possibilita entender o surgimento das LER/DORT, que se apresenta como um grave problema de saúde pública. As LER/DORT decorrem das relações geradas no processo de trabalho, que submetem o trabalhador a precárias condições de trabalho, desencadeando adoecimento físico e mental, além de interferir na sua qualidade de vida.

Nesta acepção, torna-se evidente que entender as LER/DORT somente da perspectiva que contempla cargas que atuam isoladamente é muito limitada e reducionista. É necessário superar esta perspectiva, entendendo a doença como produto de uma combinação de cargas determinada pela lógica global do processo de trabalho. Para

compreender a ocorrência das LER/DORT, é preciso analisá-la, a partir do processo de produção, onde as cargas se combinam dinamicamente. É a carga fisiológica proveniente de postura incômoda, trabalho muscular estático, os movimentos repetitivos, entre outros e a carga psíquica gerada pelo ritmo de trabalho, a pressão de supervisão, tarefas esvaziadas; ou seja, é um conjunto de cargas que se potenciam entre si no processo de produção, realizando a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, levando-o ao adoecimento.

Neste sentido a partir do pressuposto da interdisciplinariedade preconizado pela Saúde do Trabalhador, consideramos, que a análise do processo saúde/doença no trabalho, deve-se pautar nos aportes de diferentes áreas de conhecimento que possam contribuir para explicitar a complexidade deste processo.

3.2 - A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO E DA ERGONOMIA NA COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O trabalho tem sido considerado por muitos autores como fundamental no desencadeamento e evolução das doenças. É necessário ressaltar, que para identificar e analisar os problemas de saúde num dado processo de trabalho é preciso conhecer as situações de trabalho, compreender as condições e a organização do mesmo, onde as cargas de trabalho provocam danos à saúde do trabalhador. Neste sentido, a Psicopatologia do Trabalho e a Ergonomia se apresentam como áreas de conhecimento para esta análise.

Wisner (1994) ao expressar a importância da análise e modificação das situações de trabalho, através dos saberes articulados da Ergonomia e Psicopatologia do Trabalho, ratifica a opinião de outros autores e ressalta que, apesar das diferenças destes campos de saberes, ambos trabalham a partir da perspectiva do papel central do trabalho e de suas atividades em relação ao homem.

3.2.1 - A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO

No estudo das relações homem/trabalho e suas conseqüências para a saúde mental, cabe destacar o papel de uma corrente francesa de pensamento denominada Psicopatologia do Trabalho, que se construiu a partir das concepções e pesquisas desenvolvidas por

Christophe Dejours. Inicialmente esta corrente tinha como objetivo o estudo das relações que, no realizar do trabalho, conduzem ora ao prazer, ora ao sofrimento. No decorrer do tempo, esta escola amplia seu enfoque para além da dinâmica saúde/doença, passando a ser chamada Psicodinâmica do Trabalho.

Desta maneira assim aponta Dejours (1999: 21):

“Essa disciplina – inicialmente denominada psicopatologia do trabalho – tem por objeto o estudo clínico e teórico da patologia mental decorrente do trabalho. Fundada ao final da II Guerra por um grupo de médicos – pesquisadores liderados por L. Le Guillant, ela ganhou há uns 15 anos um novo impulso que a levou recentemente a adotar a denominação de “análise psicodinâmica das situações de trabalho”, ou simplesmente “psicodinâmica do trabalho”. Nesta evolução da disciplina, a questão do sofrimento passou a ocupar uma posição central.”

O sofrimento mental é entendido em uma perspectiva dinâmica, onde tanto pode propiciar elementos que favoreçam à saúde quanto ao processo de adoecimento (Dejours & Abdoucheli, 1994). É necessário que este sofrimento seja relacionado com às situações concretas de trabalho, considerando as interações entre condições físicas, químicas e biológicas e a organização do trabalho.

Estudos mais abrangentes, relacionados à origem e as transformações do sofrimento mental decorrentes da organização do trabalho, apresentam as pressões decorrentes desta, como desestabilizadoras para a saúde mental dos trabalhadores. Conceitua-se a organização do trabalho pelo contraste com as condições de trabalho, alvo da maioria dos estudos desenvolvidos pelos pesquisadores. As condições de trabalho estão relacionadas às cargas físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho, que incidem sobre o corpo dos trabalhadores, ocasionando desgaste, envelhecimento precoce, perda de tempo de vida útil, morte prematura e perfil patológico.

No que se refere às pressões derivadas da organização do trabalho, Dejours & Abdoucheli (1994) apontam que elas estão relacionadas à própria forma que o trabalho está organizado. Por um lado, a divisão de trabalho compreendendo a divisão de tarefas entre os operadores, ritmo, repartição, ou seja, o modo operatório prescrito; e por outro lado, a

divisão de homens: hierarquia, controle, perda de autonomia, relações de poder, outros. Se as condições de trabalho têm por alvo principal o corpo, a organização do trabalho, por sua vez, atua a nível do funcionamento psíquico do trabalhador.

Possibilitando entender como os trabalhadores submetidos a determinadas condições de organização do trabalho não se tornam doentes mentais do trabalho, os estudos passaram a considerar a “normalidade” como os trabalhadores resistem às pressões advindas do trabalho. Então, as pesquisas são orientadas para a inversão da problemática inicial: em vez de detectar as doenças mentais do trabalho, é preciso compreender a situação de normalidade observada nos trabalhadores, apesar das pressões do trabalho e para isso compreender as estratégias defensivas. Desta forma, a Psicopatologia do Trabalho define como seu objeto de estudo, o sofrimento no trabalho e os procedimentos de regulação.

“ O sofrimento será concebido como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico.”
(Dejours & Abdoucheli, 1994: 127).

Enquanto expressão dinâmica, o sofrimento consistirá na luta do sujeito contra as adversidades da organização do trabalho, que pode acarretar a doença mental; mas o conflito que surge entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico, pode originar sofrimento, como também suscitar estratégias defensivas.

Conforme assinalam Dejours & Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas são defesas que os trabalhadores utilizam para minimizar a percepção das pressões da organização do trabalho, que geram sofrimento. É uma atividade realizada a nível mental, já que não institui nenhuma mudança real da pressão.

Pode-se dizer que as estratégias coletivas de defesa funcionam como regras que supõe um acordo entre os indivíduos coletivamente, não se sustentando a não ser por consenso. A partir do momento que os sujeitos descumprem o acordo ou este para de existir, as estratégias passam a não funcionar, pois sua existência está na dependência de condições externas. As estratégias defensivas coletivas são fundamentais para se contrapor

ao sofrimento engendrado pela organização do trabalho, possibilitando ao sujeito uma estabilidade que ele, unicamente com suas próprias defesas individuais não conseguiria atingir.

Diante destas questões, as defesas coletivas são entendidas como formas de adaptação às pressões da organização do trabalho, porém podem também serem utilizadas para aumento da produtividade, em benefício da própria organização do trabalho. Como é possível exemplificar, através do processo de auto-aceleração do ritmo da produção, que os trabalhadores se impõem, como uma estratégia contra o sofrimento desencadeado pelo trabalho. No trabalho repetitivo também ocorre a auto-aceleração individual, com a repressão do funcionamento psíquico. Tendo em vista ser este incompatível com o desenvolvimento de tarefas desprovidas de conteúdo e repetitivas, a repressão permite ao trabalhador, suportar as pressões psíquicas exercidas pela organização do trabalho.

Além das formas de adaptação do sujeito ao sofrimento desencadeado pela organização do trabalho, as pesquisas em Psicopatologia do Trabalho mostram procedimentos que ultrapassam os processos de adaptação às pressões e que contribuem na evolução da organização do trabalho. São os “macetes” que os trabalhadores formulam para dominar os incidentes no trabalho, os procedimentos que inventam para combater os perigos do trabalho, enfim, são as “regras de trabalho” ou de “ofício,” que não apresentam consonância com a organização do trabalho prescrita. Nestas regras não existe sanções, porém aquele que não as respeita, simplesmente fica fora do jogo. A regra não foi criada para punir, ela permite o trabalhador perceber a si mesmo e ao que passa no contexto do trabalho. Essas regras representam um impacto na própria organização do trabalho (Cru,1988 apud Dejours & Abdoucheli, 1994).

A articulação das habilidades individuais leva à construção de princípios reguladores para atuarem diante das dificuldades surgidas no decorrer do trabalho. As “regras de ofício” se relacionam à forma de trabalho em conjunto, estabelecendo relações de confiança entre os trabalhadores.

Os sujeitos, ao imaginarem e criarem as “regras de ofício,” mobilizam processos psíquicos que apresentam ligação com um tipo de inteligência, que está muito relacionada à intuição, à percepção e que rompe com as normas e regras, que é chamada de “inteligência astuciosa”. Dejours & Abdoucheli (1994), pontuam que ela é utilizada sempre em relação a algo que já foi regulamentado ou estabelecido no modo operatório prescrito, mas que precisa ser modificado para atingir os objetivos do trabalho de forma eficaz. A inteligência astuciosa se configura como resultado do próprio sofrimento, porém ela contribui não só para diminuir o sofrimento, mas possibilita burlar a organização rígida do trabalho, apontando que ela é ineficiente e que o trabalhador tem capacidade de criação, possibilitando a este a diminuição do seu sofrimento e muitas vezes originando prazer. Para que a inteligência astuciosa se manifeste, solicita além de condições psicológicas, condições sociais: ela necessita da validação social para se tornar eficaz socialmente.

Constata-se, então, que o distanciamento entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, que é amplamente discutida pela ergonomia, se conforma num espaço que mobiliza a inteligência astuciosa e que ganha relevância na Psicopatologia do Trabalho. Para que este espaço seja utilizado, é preciso que a hierarquia das empresas o reconheça, possibilitando que os trabalhadores possam nele atuar, reconhecendo assim, a importância da inteligência astuciosa e rompendo com a divisão taylorista do trabalho. Cria-se então um espaço de debate entre a direção e a base, constituindo um espaço público interno (Dejours,1992).

A pesquisa em psicopatologia informa que o espaço da palavra é fundamental para se discutir o conhecimento sobre o trabalho real que estava oculto pelo sofrimento e pelas defesas elaboradas para suportar o mesmo.

A partir das considerações sobre as “estratégias ou ideologias defensivas” e as “regras de ofício”, a Psicopatologia do Trabalho, redefine a noção de sofrimento. O sofrimento mental é apresentado numa perspectiva dinâmica e pode tanto beneficiar a saúde como conduzir à morbidade.

Existem dois tipos de sofrimento de acordo com Dejours & Abdoucheli (1994:137): “*o sofrimento criador e o patológico. O último aparece quando*

as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas”.

O sofrimento patogênico é causado pelas pressões da organização prescrita do trabalho e desponta quando as possibilidades de liberdade de mudanças na organização do trabalho já foram utilizadas, ou seja, quando somente o medo, pressões, existem nesta organização. Quando todos os recursos defensivos forem utilizados, começa a aparecer a destruição do aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, levando-o a uma descompensação ou doença (Dejours & Abdoucheli,1994).

Para a Psicopatologia do Trabalho, o desafio na prática consiste na modificação do destino do sofrimento, para que possa ser transformado. A questão encontra-se em transformar este sofrimento em criatividade, pois assim possibilita ao trabalhador a realização de sua identidade. O sofrimento criativo, aumenta no trabalho a resistência à desestabilização psíquica e somatização. O trabalho pode ser considerado como um mediador da saúde. Contudo se a organização do trabalho estiver impregnada de situações que proporcionam o sofrimento patogênico, o trabalho vai atuar como um desestabilizador da saúde.

Diante destes apontamentos, Seligmann-Silva (1994), observa que a nova Psicopatologia do Trabalho, mais do que um estudo direcionado para a identificação de doenças mentais do trabalho, apresenta uma preocupação com a dinâmica mais abrangente, em relação ao surgimento e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho. O desafio que a Psicodinâmica do Trabalho se propõe é a superação do distanciamento entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, considerando todos perigos que tal situação representa para a saúde dos sujeitos, assim como para a segurança e a qualidade do que é produzido.

Nestes termos, a ergonomia enquanto um campo de estudos que busca entender o homem em atividade no trabalho, procurando conhecer empiricamente a dinâmica da atividade, poderá contribuir efetivamente para reduzir a defasagem entre a organização prescrita e a organização real do trabalho.

3.2.2 - A CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA

As LER/DORT se apresentam na maioria das vezes como uma doença invisível. Com exceção dos casos em que há presença de edema na região afetada, seu diagnóstico carece de objetividade. Essa ausência de sinais visíveis pode acarretar diagnósticos tardios, onde as conseqüências geralmente são irreversíveis.

A visão difundida pela medicina do trabalho, onde a saúde é atingida em situações extremas e a relação causa e efeito é evidente, leva a ocultar processos de adoecimento, tendo em vista que os aspectos referentes à organização e condições de trabalho deixam de serem abordados, como: *“...a combinação sinérgica dos riscos; as situações crônicas de desgaste, que flutuam na tênue linha que divide oficialmente o patológico do não patológico; e os componentes mentais e afetivos”* (Brito e Firpo 1991: 8). Neste sentido as LER/DORT que nas fases iniciais não manifestam sinais visíveis, podem não ser diagnosticadas, na abordagem da medicina do trabalho.

Brito e Firpo (1991) propõe para a superação destes limites, a utilização da Ergonomia Situada e o conceito de carga de trabalho, como elementos que contribuem para dar visibilidade aos riscos ocultos.

Apesar de não ser nosso objetivo aprofundar os aspectos teórico-metodológicos da ergonomia, é necessário tecer algumas considerações. A ergonomia se configura como uma área interdisciplinar, abrangendo um campo formado pelas ciências que estudam o homem e o mundo do trabalho. Nestes termos, encontramos neste campo conhecimentos provenientes da psicologia, fisiologia, ecologia humana, antropologia, engenharia, sociologia, que se articulam.

“A Ergonomia enquanto disciplina científica possui como objeto de conhecimento o funcionamento do homem em atividade de trabalho, e esta é a sua especificidade teórica. Seus objetivos são conhecer o trabalho, do ponto de vista da atividade de trabalho para transformá-lo, intervindo em situações de trabalho.” (Echternacht, 1998: 28)

A ergonomia tal como ela é praticada hoje no mundo, diferencia-se a partir de duas principais correntes e respectivas abordagens: a anglosaxônica e a francofônica. Uma de caráter acentuadamente experimental, voltada para a eficiência da relação homem-máquina, através da incorporação de conhecimentos sobre o ser humano, esta corrente é mais disseminada nos Estados Unidos e países de língua anglosaxônica, sendo também conhecida como “Human Factors” ou “Human Engineering”. Uma outra corrente bastante conhecida na Europa, especialmente na França, considerada como Ergonomia Situada, rompe com a abordagem experimental em ergonomia.

A intervenção da Ergonomia Situada, de linhagem francofônica, está calcada na análise das situações reais de trabalho e não simuladas, conforme acontece no experimentalismo e que impossibilita aos ergonomistas um contato mais direto com a realidade social do trabalho.

Segundo Daniellou, 1986a apud Telles (1998:11):

“A Ergonomia estuda a atividade de trabalho afim de contribuir para a concepção de meios de trabalho adaptado às características fisiológicas e psicológicas do ser humano. Ela está portanto ancorada nas ciências da natureza, que revelam propriedades próprias do ser humano. Ela produz seus próprios resultados sobre as condições de funcionamento do homem em situação de atividade profissional. Ela está enfim voltada para a concepção de meios de trabalho, afim de que esta considere as características humanas e a atividade real dos trabalhadores”.

A Ergonomia Situada se propõe a desenvolver a análise da atividade de trabalho, o que realmente é realizado pelo trabalhador na situação de trabalho, ou seja, a análise dos comportamentos ou das condutas, dos processos cognitivos e das interações empregadas pelos trabalhadores, em uma abordagem mais global que envolve a análise de fatores econômicos, técnicos e sociais do funcionamento da empresa e da população trabalhadora.

Um dos principais motivos dos estudos em ergonomia é diminuir a carga de trabalho a que os trabalhadores estão submetidos. Deste modo, a noção de carga de trabalho é importante nos estudos ergonômicos. Apesar de ser bastante utilizado por esta

abordagem, muitas críticas lhe são atribuídas, assim como novas tentativas de melhorar sua explicitação conceitual.

Vários autores definem a noção de carga de acordo com sua abordagem teórica. No entanto, dois termos definidos pela escola francesa de ergonomia são importantes para a compreensão da carga de trabalho: “*contrainte*” e “*astreinte*”. O primeiro, está relacionado aos fatores objetivos das situações de trabalho e o segundo, à vivência subjetiva dos trabalhadores diante da organização do trabalho (Telles,1998).

Veremos agora algumas definições da noção em tela. No âmbito da ergonomia podemos citar a definição de Vidal et al., 1990 apud Telles (1998:15):

“o conceito de carga de trabalho exprime, do ponto de vista humano, o esforço mobilizado pelo indivíduo na sua atividade de trabalho, ou seja, a demanda interna de energia humana necessária para a execução da tarefa (...) a carga de trabalho exprime também tudo aquilo que pesa sobre o trabalhador na consecução das tarefas que lhe são atribuídas: todos os fatores externos ao trabalhador que definem a situação, assim como as exigências da tarefa”.

Segundo Wisner (1994) a carga de trabalho compõe-se das dimensões física, cognitiva e psíquica que estão inter-relacionadas e são bastantes freqüentes e precisam ser incorporadas na análise da atividade de trabalho.

De acordo com o enfoque epidemiológico, segundo Telles (1998:15) “*as cargas de trabalho são vistas então como exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, que geram com o tempo desgastes particulares no trabalhador*”. Laurell & Noriega (1989), como vimos anteriormente, definem as cargas de acordo com a sua materialidade em relação ao corpo do trabalhador. As cargas de materialidade externas ao corpo humano são agrupadas em: físicas, químicas, orgânicas e mecânicas; enquanto que as internas ao corpo do trabalhador são as fisiológicas e psíquicas.

Nesta mesma perspectiva, no campo da Saúde do Trabalhador, Brito & Firpo (1991: 9-10) considera que:

“...vem-se incorporando paulatinamente o conceito de carga de trabalho, oriunda principalmente da ergonomia francesa ou contemporânea. Este conceito busca sintetizar a idéia de que, ao nível dos processos de trabalho, a saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho. Ao realizar uma atividade específica o trabalhador enfrenta uma série de dificuldades, gerando processos de adaptação que se traduziriam em desgaste.”

Diante destas assertivas, cabe pensar que a carga de trabalho, tem a ver com a dinâmica do processo de trabalho no qual o trabalhador, em face das exigências da produção, elabora modos operatórios para realizá-la, com o menor prejuízo possível para sua saúde. A carga de trabalho diminui ou eleva-se de acordo com a margem de manobra encontrada pelo trabalhador para elaborar modos operatórios para alcançar os objetivos da produção. Assim, o importante é a explicitação das atividades dos trabalhadores nas situações de trabalho.

Neste contexto, objetivando conhecer empiricamente a organização dinâmica da atividade, a variabilidade da situação e assim descrever o modo operatório dos trabalhadores, a Ergonomia Situada utiliza a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho-AET, cujo principal objetivo é o conhecimento da atividade em situação de trabalho, para a compreensão das determinações e suas repercussões, visando a transformação das situações de trabalho, para a melhoria da relação saúde-trabalho.

Entende-se então, que para o conhecimento da atividade em situação de trabalho, com suas variabilidades, cargas, entre outros aspectos presentes na dinâmica do processo, é fundamental compreender a organização do trabalho.

3.2.3 - A ORGANIZAÇÃO REAL E PRESCRITA DO TRABALHO

A divisão do trabalho separa de forma radical a concepção da execução. A partir desta concepção de trabalho e dos meios de produção, surge o trabalho prescrito, ou seja, a prescrição literal da maneira como o trabalho deve ser executado: a forma de utilização das máquinas, os instrumentos de trabalho, o tempo e espaço para a realização de cada operação, enfim, os modos operatórios. Porém, o trabalho prescrito não corresponde ao

real, que é o efetivamente realizado pelo trabalhador por diversas questões (Daniellou et al., 1989).

Para compreender o trabalho, Daniellou utilizou o conceito de modo operatório, que na verdade é o observável num método de trabalho, são todos os gestos realizados em determinado tempo e espaço.

A partir do surgimento do Taylorismo ocorre uma redução da tarefa, limitando o trabalhador à realização do modo operatório exclusivamente, eliminando sua capacidade de reflexão sobre o trabalho que desenvolve, sua capacidade cognitiva. Desta forma, o Taylorismo exacerbou o trabalho prescrito em detrimento do trabalho real. Tudo se torna pré-determinado e a atividade humana de produção se resume à realização de gestos. Surge a questão: como fica a ocorrência das variabilidades que podem aparecer no desempenho das tarefas?

A variabilidade é um conceito fundamental da ergonomia apresenta-se nas situações de trabalho, de duas formas: variabilidades das condições de produção e variabilidades humanas. A primeira origina-se das indeterminações que ocorrem no espaço, ambiente de trabalho. A segunda refere-se à susceptibilidade das dinâmicas inter (diferenças entre trabalhadores) e intra individual (variação interna de cada trabalhador). Junto com este conceito, é importante ressaltar os de regulação e modo operatório (Telles, 1998).

Neste sentido, para dar conta das variabilidades no trabalho entra em cena a atividade de regulação, que é muito mais do que simplesmente fazer a produção acontecer. A regulação é a gestão das variabilidades; dessa forma, o seu exercício desemboca na alteração dos modos operatórios, o modo de fazer o trabalho, visando preservar as normas de segurança na consecução do objetivo final do trabalho. Na atividade de regulação os trabalhadores produzem modos operatórios que preservam sua saúde.

Assim sendo, é importante considerar na estruturação das tarefas as variabilidades, para que estas não se constituam em impecilhos no desenvolvimento do trabalho, e

inclusive, gerando sofrimentos no trabalhador, quando não são previstas. Ao mesmo tempo que possibilite a este trabalhador condições de se adaptar quando dá existência de outras variabilidades.

Desta forma complementa Dejours (1999: 30):

“na verdade, sejam quais forem as qualidades da organização do trabalho e da concepção, é impossível, nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos da tarefa respeitando escrupulosamente as prescrições, as instruções e os procedimentos...”

Diante das questões apontadas, pode-se inferir, que a Psicopatologia do Trabalho e a ergonomia, são áreas de conhecimento que apresentam um papel relevante no estudo do processo saúde-doença, ao explicitar que é sobretudo na organização do trabalho, nas situações reais de trabalho, que se encontram as condições potencializadoras para o adoecimento dos trabalhadores.

Nesta direção, partimos do pressuposto que a abordagem das LER/DORT empreendida pelo Centro de Referência necessita ser potencializada, através de ações que extrapolem o âmbito da assistência, buscando a prevenção, entendendo a doença enquanto processo social, no qual a organização do trabalho, encontra-se estritamente vinculada ao seu surgimento. Procuramos desta maneira, utilizar nesta pesquisa, procedimentos que pudessem dar visibilidade às concepções e práticas que permeiam a abordagem das LER/DORT no CRST/ES, conforme veremos a seguir.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

4.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Partindo da premissa exposta nos capítulos anteriores, que a abordagem das LER/DORT deve abdicar da fragmentação do conhecimento na área da saúde, entendendo a doença como produto do processo e formas de organização do trabalho, compreendemos que um estudo que se realiza no campo da saúde, traz em si, um conjunto de desafios e a necessidade de uma abrangência multidisciplinar.

“... o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.” (Minayo, 1993:13)

Neste contexto, buscou-se analisar a abordagem das LER/DORT realizada no Centro de Referência e vivenciada pelos trabalhadores atendidos, a partir de métodos de abordagem que referenciam-se na Pesquisa Qualitativa em Saúde (Minayo, 1993), cujas principais técnicas são a entrevista e a observação participante.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzido à operacionalização de variáveis.”(Minayo et al., 1996: 21-2)

Entendendo a metodologia enquanto meio de compreensão da realidade para construção de conhecimento, optamos por utilizar como procedimentos metodológicos, a observação participante, entrevistas e discussões em grupo.

Desta forma, para discutir a observação participante, nos referenciamos em Becker (1999). A observação participante é muito mais do que mergulhar em dados; o pesquisador de campo, devido sua presença constante, coleta muitos dados e, conseqüentemente, faz e

tem condições de testar mais suas hipóteses do que os pesquisadores que usam os métodos formais.

Ao pesquisador de campo, é possível perceber as relações sociais que permeiam as pessoas; as opiniões e as ações destas com quem interagem, têm que ser consideradas, pois afetam o estudo e tudo se passa no decorrer da observação. Becker (1999) considera que quanto mais dados observados – sejam conversas, ações – que revelem a mesma perspectiva, aumenta a validade da conclusão do trabalho, ou seja, a partir de observações constantes torna-se difícil para o observado, ocultar do observador seu modo de pensar e agir.

“...observações numerosas feitas durante um período de tempo substancial ajudam o observador a se proteger contra seus biases conscientes ou inconscientes, contra “ver apenas o que ele quer”. Pois é igualmente difícil mentir para si mesmo”.(Becker, 1999: 89-90)

Em síntese, o grande número de observações que resulta em uma gama de informações que poderá ou não sustentar a hipótese levantada, possibilita que as conclusões finais possam ser testadas com mais frequência do que em outras formas de pesquisa.

Buscamos, então, utilizar a observação participante no decorrer de toda pesquisa, pois, enquanto funcionária do Centro, era possível observar as atividades e mesmo participar de muitas delas, possibilitando verificar as condutas adotadas nos atendimentos, as relações profissionais no dia-a-dia, as atividades priorizadas pelo Centro; enfim, esta observação permanente proporcionou uma verificação constante dos objetivos e hipóteses da pesquisa e contribuiu efetivamente na análise dos dados.

Um outro procedimento utilizado na pesquisa é a entrevista, que segundo Minayo, et al. (1996: 57):

“A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores,

enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.”

As entrevistas foram individuais, realizadas com todos os profissionais da equipe técnica do CRST/ES, que atendem aos usuários do serviço com suspeita ou diagnóstico de LER/DORT. Utilizamos entrevistas semi-estruturadas, com algumas perguntas previamente formuladas. A população entrevistada foi constituída por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta, enfermeira, engenheiro, psicanalista e técnicos de segurança. Destes últimos, um encontra-se responsável pelo setor de informações do Centro. Cabe relatar, que foram realizadas duas entrevistas com a coordenadora do Centro de Referência: além da entrevista específica referente ao tema da pesquisa, uma outra não estruturada acerca do surgimento do Centro. No decorrer da realização das entrevistas, percebeu-se a importância de entrevistar os profissionais que, apesar de não fazerem parte da equipe técnica, estavam exercendo suas atividades no atendimento fisioterápico e tinham um contato constante com os portadores de LER/DORT, tendo em vista que muitos deles fazem, em média, 30 sessões de fisioterapia. Desta forma, foram entrevistados também dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de reabilitação, um auxiliar de enfermagem e dois massagistas, conforme quadro seguinte:

Quadro 2- N° de profissionais entrevistados segundo função

FUNÇÃO	N° DE PROFISSIONAIS
Assistente Social	2
Auxiliar/técnico de enfermagem	3
Auxiliar de reabilitação	1
Enfermeira do Trabalho	1
Engenheiro	1
Fisioterapeuta	1
Massagista	2
Médico Acupunturista	2
Médico do Trabalho	5
Médico Homeopata	2
Médico Psicanalista	1
Psicóloga	2
Técnico de Segurança	4

TOTAL	27
-------	----

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas por nós. Ao ouvir e transcrevê-las, possibilitou um reviver do que havia se passado no transcorrer das mesmas, contribuindo também para pontuar, no ato da transcrição, questões que pudessem ser posteriormente consideradas na análise. As entrevistas duraram entre 30 a 120 minutos, dependendo da característica do entrevistado ao se posicionar diante das questões. As entrevistas realizadas totalizaram aproximadamente 40 horas.

Aos entrevistados, foi explicado o objetivo da pesquisa e a metodologia, que se caracterizava numa entrevista semi-estruturada⁷ com questões abertas. Solicitou-se então, a gravação, sendo explicitada também a garantia da preservação do anonimato dos depoimentos e a liberdade de recusar a responder qualquer uma das questões. Os entrevistados demonstraram disposição para colaborar, com exceção de um profissional, que se mostrou reticente para responder, alegando desconhecimento do assunto.

O roteiro das entrevistas foi estruturado em 11 questões abertas relacionadas à concepção de LER/DORT, às relações profissionais que permeiam o atendimento, às atividades desenvolvidas pelo Centro; enfim, questões que possibilitassem contribuir na compreensão da abordagem das LER/DORT do ponto de vista dos profissionais. Para o técnico de segurança que está na coordenação do sistema de informações algumas questões foram alteradas⁸, relacionando-as ao registro e informação dos casos de LER/DORT.

Buscando aprofundar e focalizar o estudo, realizamos discussões em grupo com usuários atendidos no CRST/ES portadores de LER/DORT, visando compreender suas opiniões em relação à doença e à abordagem desenvolvida pelo Centro. Para tanto, como já havia demanda para a formação de um grupo Qualidade de Vida, as discussões foram realizadas neste grupo, do qual também participou uma psicóloga do Centro e, no terceiro encontro, uma médica do trabalho, tendo em vista a característica multidisciplinar do mesmo.

⁷ Roteiro de entrevistas - Anexo 4

⁸ Roteiro complementar de entrevista - Anexo 4

O grupo Qualidade de Vida, é um espaço construído a partir de uma demanda implícita dos pacientes, dirigidas aos profissionais do Centro, observados no decorrer do atendimento. São promovidas discussões sobre o processo saúde-doença e trabalho, buscando um repensar sobre a vida e a inserção dos membros do grupo no processo produtivo, contribuindo para uma ressignificação da doença. Na pesquisa, as discussões aconteceram em 4 encontros, onde tivemos a oportunidade de ouvir depoimentos, sobre o que vivenciam no cotidiano do processo de adoecimento.

Inicialmente explicamos para o grupo que estaríamos discutindo algumas questões pertinentes a uma pesquisa, explicitando seu objetivo e ressaltando que seria garantido o sigilo nas informações coletadas e o direito de desistência do mesmo. Os participantes, sem exceção, manifestaram disposição para colaborar, inclusive autorizando a gravação das reuniões. A fim de garantir a fidedignidade da fala dos participantes, utilizamos a transcrição literal da linguagem utilizada pelos mesmos. O objetivo principal de pesquisa foi o de registrar os depoimentos que surgiam a partir das questões colocadas para o grupo e no decorrer do mesmo, e não de fazer análise da dinâmica grupal.

Cabe ressaltar que a metodologia passou por reformulações ao longo da investigação, acrescentando procedimentos que se constituíram fontes de informações complementares, enriquecendo e conferindo uma maior concretude ao tema proposto. Ainda na fase preliminar da pesquisa, foram iniciados os primeiros percursos metodológicos, objetivando situar a relevância do tema a ser estudado.

Realizamos uma pesquisa bibliográfica na base de dados Medline e Lilacs, relativa ao período de 1990 a 2000, para visualizar o que está sendo produzido em relação a temática. Esta se configurou numa busca de bibliografias existentes em relação às referências cruzadas “LER/DORT” e “serviços de saúde”. Posteriormente, no período de coleta de dados, procurando qualificar o estudo, iniciamos um levantamento e leitura da documentação existente sobre LER/DORT, incluindo publicações científicas, indexadas ou não, todo material escrito que foi possível conhecer. Constatou-se também, a necessidade de ter acesso a alguns documentos do CRST/ES – como relatórios de atividades, de

inspeções e publicações – além da construção do perfil dos portadores de LER/DORT no ano de 1999, utilizando o SIAMAB como fonte de dados. Entendíamos que explicitar quantitativamente o perfil dos usuários poderia nos orientar enquanto indicador de uma situação reveladora, para a qual se direciona as formas de abordagem do problema.

Em relação à análise desenvolvida neste trabalho, procuramos evitar analisar as entrevistas individuais e discussões em grupo, através da representação ou do desvendamento de conteúdo subjacente ao que estava sendo manifestado e sim compreender a articulação das falas dos atores sociais, no contexto em que se inserem.

Portanto, entender a abordagem das LER/DORT, empreendida pelos profissionais do Centro e vivenciada pelos usuários, nos levou a utilizar diversas técnicas de trabalho de campo, como as entrevistas individuais, discussões em grupo, levantamento quantitativo, e a observação, sendo que esta esteve presente durante todo o período da pesquisa de campo e análise, propiciando uma série de possibilidades de informações, que permitiram a verificação e validação da pesquisa.

Desta forma, ao utilizarmos várias técnicas de abordagens, nos aproximamos da técnica de triangulação, não envolvendo porém, a participação de diferentes pesquisadores, conforme preconiza a técnica.

A triangulação visa a verificação e validação da pesquisa, “...*consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados*”(Minayo, 1993: 241- 242).

Nestes termos, ao adotar esta abordagem teórico-metodológica, este trabalho procurou evidenciar uma aproximação o quanto possível da realidade, buscando, contribuir para a construção de conhecimentos sobre a abordagem das LER/DORT, no contexto dos serviços públicos de saúde, como também, possibilitar um repensar das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência, em relação às LER/DORT, para que assim possam avançar na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador.

4.2 - ANÁLISE DO LEVANTAMENTO QUANTITATIVO REALIZADO NO SIAMAB

Os resultados que apresentaremos neste capítulo, foram obtidos no setor de informações do CRST/ES, através do SIAMAB, que é um sistema de informação limitado à demanda de atendimento do Centro. Estes dados, são bastantes reveladores sobre a predominância de LER/DORT em relação aos outros diagnósticos e a demanda em primeira consulta e retorno dos usuários portadores de LER/DORT, nos permitindo fazer inferências em relação à realidade da doença no Centro de Referência. Ressalta-se que, este levantamento quantitativo, juntamente com as observações de campo, foram basilares para a elaboração das questões abordadas na etapa qualitativa da pesquisa, como posteriormente será verificado.

Desta maneira, inicialmente apresentamos uma tabela referente aos diagnósticos dos usuários atendidos no CRST/ES em primeira consulta, no período 1998-1999. Com estes dados, verificamos que as LER/DORT se constituem no diagnóstico mais freqüente, totalizando (31,3%) em 1998 e (34,2%) em 1999.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, segundo diagnóstico no período 1998-1999

DIAGNÓSTICO	FREQUÊNCIA/1998		FREQUÊNCIA/1999	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL
LER	241	31,3%	230	34,2%
Em branco	152	19,7%	58	8,6%
Surdez neuro-sensorial	53	6,9%	106	15,8%
Dermatite de contato e outros eczemas	41	5,3%	35	5,2%
Seqüela de acidente de trabalho	24	3,1%	57	8,5%
Leucopenia	22	2,9%	15	2,2%
Outros	237	30,8%	172	25,5%
TOTAL	770	100,0%	673	100,0%

Fonte : Setor de Informações CRST/ES-Maio/2000

Destaca-se que a predominância das LER/DORT em relação aos outros diagnósticos, pode ser atribuída às suas características clínicas de manifestar sintomas precocemente em relação as outras doenças ocupacionais, das dificuldades que a patologia impõe, para o desenvolvimento das atividades laborais e pessoais, e a informação dos

trabalhadores sobre a doença, principalmente através de sindicatos, mídia e do próprio Centro de Referência. Este, desde sua criação, desenvolve atividades divulgando à população informações referentes ao problema. Esta assertiva se confirma ao observar as estatísticas da Previdência Social/2000, referentes à acidentes de trabalho, ocorridas no ES, apresentadas por Santos (2001), onde se constata que no ano da implantação do Centro, em 1996, as notificações das doenças ocupacionais aumentaram, respaldando assim, a concepção de que a criação do Centro contribuiu para uma divulgação maior das doenças ocupacionais e as LER/DORT principalmente, incidindo diretamente no registro da mesma.

A seguir apresentaremos dados relacionados ao período 1998 - 1999, que mostram-se oportunos, pois permitem uma análise dos atendimentos de casos de LER/DORT na primeira consulta e retorno.

Tabela 2 - Demanda de casos de LER/DORT atendidos no CRST/ES, na primeira consulta e retorno, no período 1998-1999

TIPO DE ATENDIMENTO	1998		1999	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	Abs.	Perc.	Abs.	Perc.
Primeira Consulta	241	36,4%	230	20,8%
Retorno	421	63,6%	876	79,2%
TOTAL	662	100,0%	1.106	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES-Maio/2000

Os resultados apontam que os casos de LER/DORT atendidos em primeira consulta no Centro de Referência diminuíram de 1998 para 1999, mas não apresentando alterações representativas. Entretanto, ao observar os atendimentos de retorno, verifica-se que estes são ascendentes, possibilitando algumas inferências. O aumento dos retornos, pode estar relacionado ao fato das queixas apresentadas na primeira consulta persistirem, ou devido à não implementação de mudanças no ambiente de trabalho, gerando uma progressão do quadro clínico. Pode também estar associado, à credibilidade das pessoas na abordagem desenvolvida no Centro, como também à questão dos trabalhadores estarem afastados do trabalho ou desempregados, possibilitando um tempo livre para o tratamento.

Por outro lado, é possível fazer alguns apontamentos para o decréscimo do número de usuários, de primeira consulta. Da mesma forma que o desemprego favorece o tratamento devido ao tempo livre, ele é um impeditivo, pois implica em dificuldades financeiras para dar início ou prosseguimento ao mesmo. Muitas vezes, como foi observado, trabalhadores relatavam ao serviço social ou na fisioterapia, que teriam que interromper o tratamento, pois não tinham condições de custear a passagem. Um outro aspecto, é a questão de alguns sindicatos, possuírem serviço médico para atendimento de seus associados e estes muitas vezes acabam por realizar o tratamento em serviços de convênios credenciados. Finalmente uma hipótese que aparece em relação à diminuição dos casos novos, refere-se ao atendimento descolado de um esforço de prevenção e intervenção no ambiente de trabalho que, como é sabido, é uma forma concreta de atenuar a progressão da doença e contribuir para a preservação da saúde dos trabalhadores. Desta forma a procura pelo atendimento pode ter diminuído devido esse limite de atuação.

Vale situar que a verificação e validação destas hipóteses, se dará na análise das abordagens metodológicas adotadas no decorrer da investigação.

4.2.1 - PERFIL DO USUÁRIOS COM LER/DORT ATENDIDOS NO CRST/ES EM 1999

Para a análise do perfil dos usuários portadores de LER/DORT no CRST/ES, utilizamos dados referentes ao ano de 1999, delimitado como o ano referência para a coleta de dados quantitativos. Para compor o perfil, selecionamos as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, função, tempo na função, ramo de atividade, afastamento do trabalho e encaminhamento realizado na consulta

Tabela 3 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo sexo

SEXO	1ª CONSULTA		RETORNO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Masculino	60	26,1%	164	18,7%
Feminino	169	73,5%	710	81,1%

Em Branco	01	0,4%	0,2	0,2%
TOTAL	230	100,0%	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES-Maio/2000

Apesar de não ser exclusiva, as LER/DORT consistem numa doença que atinge em sua maioria, as mulheres. A distribuição dos casos com diagnóstico de LER/DORT pelo CRST/ES em 1999, na primeira consulta como no retorno, confirma estas características, com a predominância do sexo feminino em relação ao masculino.

Na literatura pesquisada, encontramos vários autores que explicam essa diferença de prevalência de LER/DORT entre mulheres e homens, relacionando a questões biológicas e psicológicas da mulher. Entretanto, apesar desses fatores poderem estar associados às LER/DORT, agravando os sintomas, dificilmente estão relacionados à sua causalidade. A compreensão que se ratifica é de que o trabalho é o gerador desse processo de adoecimento. Esse discurso que alude à predisposição feminina no surgimento de LER/DORT, acaba por contribuir para obscurecer o principal motivo da sua ocorrência, o modo como homens e mulheres trabalham. Ribeiro (1999) exemplificando, comenta que as LER/DORT são freqüente em ocupações exercidas por homens, que solicitam esforço físico. Desta forma, o estudo da gênese da patologia deve se balizar no trabalho desenvolvido e não nas teorias que atribuem o aparecimento da doença à suposta fragilidade ou gênero de seus portadores.

A prevalência de LER/DORT em mulheres, nos remete também à discussão da divisão sexual do trabalho, ou seja, às questões de gênero envolvidas no processo de trabalho. A ampliação do mercado de trabalho para a mão-de-obra feminina, nas últimas décadas, não ocorreu associada à sua qualificação.

Nos estudos sobre a divisão sexual do trabalho, Brito e Oliveira (1997: 251) acrescentam: *“Com a apropriação masculina da tecnologia (Hirata, 1986), ficam designadas para as mulheres as máquinas mais antigas, que exigem menor qualificação e uma atuação coerente com o que se atribui como qualidades femininas, inerentes ao seu sexo.”*

Ressalta-se que os trabalhos demandados para as mulheres, independente dos setores que atuam, requerem agilidade, repetição, delicadeza, rapidez, etc, que são socialmente legitimados como atributos femininos, ocultando as diferenças culturais, sociais e políticas, que se expressam na organização do trabalho.

Essas questões levantadas, relacionadas ao modo de inserção do trabalho feminino na sociedade, são fatores que aumentam as possibilidades das mulheres serem mas atingidas pelas LER/DORT.

Tabela 4 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo faixa etária

FAIXA ETÁRIA	1ª CONSULTA		RETORNO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL
< 20 anos	2	0,8%	3	0,3%
20 - 29 anos	48	20,8%	121	13,8%
30 - 39 anos	88	38,2%	326	37,2%
40 - 49 anos	73	31,7 %	348	39,7 %
50 anos ou mais	17	7,3%	72	8,2%
Em branco	2	0,8%	6	0,7%
TOTAL	230	100,0%	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES- Maio/ 2000

Os usuários portadores de LER/DORT atendidos no Centro, constituem uma população em plena fase produtiva, com idade prevalente menor que 40 anos, tanto nos atendimentos de primeira consulta como nos retornos, apresentando consonância com o que vem sendo apontado em outros estudos, à respeito da temática.

Observa-se que na faixa etária dos 30 aos 49 anos, onde se constata um percentual de (69,9%) de trabalhadores, é conseqüentemente, quando a contribuição para os encargos sociais e a atividade laborativa ocorrem de maneira mais eficiente, ou seja, a doença incidiu predominantemente sobre o grupo de maior potencial de trabalho.

Uma outra questão relevante é o fato da doença ter se manifestado precocemente, ao incidir sobre uma faixa etária considerada jovem, situada entre 20 e 29 anos. Esse dado revela, que sendo as LER/DORT uma doença que pode acarretar incapacidade, seu

surgimento em idades precoces além de prejudicar a saúde mental do trabalhador, remete a um problema sócio-econômico e previdenciário, devido aos afastamentos do trabalho, pagamento de indenizações, “benefícios” previdenciários e tratamento médico, implicando, em última instância, em um ônus para a sociedade, que acaba assumindo os prejuízos que a organização do trabalho acarreta ao trabalhador.

Tabela 5 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, em 1999, segundo função

FUNÇÃO	1ª CONSULTA	
	FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Auxiliar/agente Administrativo	33	14,3 %
Auxiliar de Serviços Gerais	23	10,0 %
Caixa	18	7,8 %
Costureira	14	6,1 %
Digitador	14	6,1 %
Operador de Máquina	13	5,6 %
Escriturário	11	4,7%
Auxiliar de Produção	9	3,9%
Telefonista	8	3,5%
Fundidor Ceramista	5	2,2%
Carteiro	3	1,3%
Outros	71	31,0 %
Em Branco	8	3,5 %
TOTAL	230	100,00 %

Fonte: Setor de Informações CRST/ES -Maio/2000

Tabela 6 - Número de usuários atendidos no CRST/ES no retorno, em 1999, segundo função

FUNÇÃO	RETORNO	
	FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Administrativo	166	18,9 %
Costureira/Arremateira	76	8,7 %
Auxiliar de Serviços Gerais	71	8,1 %
Operador de Máquinas	65	7,4 %
Caixa	61	7,0 %
Escriturário/Escrivão	35	4,0%
Cozinheira	29	3,3%
Auxiliar de Produção	23	2,6 %

Digitador	24	2,7 %
Telefonista	24	2,7%
Carteiro	19	2,2%
Desmontador de Cerâmica	17	1,9%
Auxiliar/Técnico de Contabilidade	11	1,3%
Outros	245	28,0 %
Em Branco	10	1,1 %
TOTAL	876	100,0 %

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio/2000

O perfil das funções dos usuários com diagnóstico de LER/DORT, tanto na primeira consulta como no retorno, caracteriza-se predominantemente por funções pertinentes ao setor de serviços, acompanhando a trajetória da doença nos ramos de atividade econômica, refletindo a incorporação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho. Esses dados mostram, que apesar de na década de 80 as LER/DORT terem sido consideradas como a “doença dos digitadores”, hoje ela não é mais um modo de adoecimento restrito a esta categoria. O número representativo de funções agrupadas na categoria “outros”, com (31,0%) na primeira consulta, permanecendo também no retorno (28,0%), demonstram que a doença se encontra dispersa em várias atividades.

A observação dos dados sobre funções, revela a importância de atividades ligadas aos sistemas de processamento de dados, mais particularmente a digitação, tais como: auxiliar/agente administrativo, digitador, caixa e escriturário, totalizando (32,9%) dos casos diagnosticados de LER/DORT em 1999. Essas funções caracterizam-se pela repetitividade, monotonia, ritmo continuado e tarefas desprovidas de conteúdo significativo, que são fatores potencialmente desencadeadoras de LER/DORT. Na seqüência da tabela 5, aparece a função de auxiliar de serviços gerais (10,0%), desenvolvida muitas vezes por trabalhadores contratados temporariamente, terceirizados, estando expostos a piores condições de trabalho do que os efetivos e, em alguns casos, destituídos de seus direitos trabalhistas. Desta forma essa mão-de-obra terceirizada encontra-se mais vulnerável aos riscos de acidentes e doenças do trabalho.

Tabela 7- Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo tempo na função

TEMPO NA FUNÇÃO	1ª CONSULTA		RETORNO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL
< 1 Ano	13	5,7	37	4,2%
1 - 4 Anos	90	39,1%	307	35,0%
5 - 9 Anos	47	20,4%	200	22,8%
10 Anos ou Mais	76	33,0%	320	36,5%
Em Branco	4	1,7%	12	1,4%
TOTAL	230	100,0%	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio 2000

Constata-se, através da tabela, que (44,8%) dos usuários que compareceram à primeira consulta estavam há menos de 5 anos exercendo a função na qual foi diagnosticada a doença; a mesma situação sendo manifestada nos atendimentos de retorno. Esse dado demonstra que as LER/DORT atingiram o trabalhador em pouco tempo, precocemente. O tempo de trabalho para o desenvolvimento da doença é um, entre os vários componentes que desencadeiam o adoecimento. Este tempo pode ser maior ou menor, dependendo da natureza e dos componentes do trabalho (Ribeiro,1999).

A questão do tempo de trabalho é muito relativa, necessitando algumas ressalvas, porém é oportuna para complementar a análise. Os sintomas da doença, podem ter surgidos num período anterior ao exercício da função na qual as LER/DORT foram diagnosticadas, mas devido estes não terem sido valorizados pelo trabalhador, por razões diversas, não o levou a procurar tratamento. Uma outra suposição refere-se a conclusões diagnósticas não esclarecedoras, contribuindo para a evolução do quadro da doença. Um outro ponto a ser analisado, relaciona ao exercício de atividades, em funções que também apresentavam fatores desencadeantes da doença, ocasionando um processo contínuo de exposição, durante determinado período da vida laboral do trabalhador.

Tabela 8 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo ramo de atividade

RAMO DE ATIVIDADE	1ª CONSULTA		RETORNO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL

Serviço Público	46	20,0%	163	18,6%
Prestação de Serviço	36	15,6%	95	10,8%
Estabelecimento Bancário	22	9,6%	57	6,5%
Ind. Calçados e Vestuário	16	6,9%	79	9,0%
Ind. de Prod. Alimentícios	14	6,1%	53	6,1%
Empresa de Comunicação	12	5,2%	39	4,5%
Indústrias diversas	11	4,8%	90	10,3%
Estabelec. educacionais	9	3,9%	16	1,8%
Hosp. e Postos de Saúde	8	3,5%	57	6,5%
Empresa Rodoviária	7	3,1%	11	1,3%
Outros	47	20,4%	201	22,9%
Em branco	2	0,9%	15	1,7%
TOTAL	230	100,0%	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio 2000

Nos dados disponíveis que apresentam a distribuição dos casos de LER/DORT por ramo de atividade, observa-se que na primeira consulta houve maior concentração de casos no serviço público (20%), prestação de serviço (15,7%) e estabelecimento bancário (9,6%), totalizando (45,3%). Devido à variedade de ramos com números reduzidos de casos, classificamos na categoria outros (20,4%) dos casos em primeira consulta. Verificamos assim, que a doença encontra-se dispersa em uma variedade de ramos de atividade.

Considerando os setores da economia, ao agruparmos os ramos de atividade, ressaltamos que os casos novos situam-se (60,9%) no setor de serviços, setor que predomina também nos retornos. Destaca-se as atividades mediadas pela informática, conforme tabela 5, ao agrupamos algumas funções, se configurando no setor de maior expansão das LER/DORT. Posteriormente aparece a indústria, com (17,8%) dos casos distribuídos nas indústrias de calçados, vestuários, e produtos alimentícios, caracterizadas por modelos de produção tayloristas/fordistas, que historicamente são reconhecidos como geradores de doenças no trabalho, tais como as LER/DORT.

As formas de apropriação das mudanças tecnológicas e pela organização do trabalho e o processo acelerado de informatização, que encontram-se disseminados em vários ramos de atividade, ocasionou um grande número de funções manuais, parcializadas, repetitivas; como consequência, aumentou o ritmo de trabalho e a tensão envolvida na atividade. A estes fatores, associa-se, agravando a situação, as mudanças decorrentes das transformações na economia, como desemprego e diminuição de postos de

trabalho, que acirram o aumento da produtividade entre os trabalhadores, repercutindo negativamente na relação saúde/trabalho.

Tabela 9- Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta e retorno, em 1999, segundo afastamento do trabalho

AFASTAMENTO DO TRABALHO	1ª CONSULTA		RETORNO	
	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	PERCENTUAL	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Ac. Trab./doença Ocup.	29	12,6%	282	32,2%
Atestado Médico	08	3,5%	28	3,2%
Doença não Ocupacional	07	3,0%	18	2,1%
Outros	33	14,3%	126	14,4%
Sem Afastamento	129	56,1%	410	46,8%
Em Branco	24	10,4%	12	1,4%
TOTAL	230	100,0%	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio/ 2000

De acordo com a tabela acima, a frequência de usuários com diagnóstico de LER/DORT, sem afastamento do trabalho, na primeira consulta e no retorno, representa, respectivamente (56,1%) e (46,8%) representando percentuais consideráveis. Esses dados ao serem correlacionados as informações da tabela 2 referente à demanda de casos de LER/DORT ao CRST/ES no período de 1998-1999, não confirma a hipótese levantada de que o aumento dos atendimentos de retorno seja devido ao tempo disponível dos usuários para o tratamento da doença, por estarem afastados ou desempregados.

Do exposto, conclui-se que a hipótese mais acreditada para o aumento do percentual de retorno é a persistência dos sinais e sintomas da doença e, muitas vezes, seu agravamento, pois, como sugere a tabela de afastamento, os usuários continuam no exercício da atividade laboral, que, em conjunto com o trabalho doméstico, tendo em vista a predominância do sexo feminino nos lesionados, sobrecarrega ainda mais a jornada de trabalho e, conseqüentemente, incide negativamente sobre o quadro patológico.

Neste contexto, é importante salientar que muitos trabalhadores, não estão afastados do trabalho, não por um opção, mas por temerem represálias e demissões, tendo em vista a redução de postos de trabalho e o desemprego em todos os setores da economia. Neste sentido, o trabalhador acaba se submetendo a um trabalho desgastante que poderá agravar ainda mais o processo de adoecimento, acarretando inclusive incapacidade.

Tabela 10 - Número de usuários atendidos no CRST/ES na primeira consulta, em 1999, segundo encaminhamento realizado na consulta

ENCAMINHAMENTO	1ª CONSULTA	
	FREQÜÊNCIA	FREQÜÊNCIA
	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Acupuntura/CRST	3	1,3%
Audiometria	1	0,4%
Exames	176	76,5%
Fisiatria/CRST	14	6,1%
Homeopatia/CRST	10	4,3%
INSS	3	1,3%
Outros Serviços de Saúde	5	2,2%
Psicólogo/CRST	1	0,4%
Retorno ao Sindicato	3	1,3%
Em Branco	4	1,7
Nenhum	10	4,3%
TOTAL	230	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio/ 2000

Tabela 11- Número de usuários atendidos no CRST/ES no retorno, em 1999, segundo encaminhamento realizado na consulta

ENCAMINHAMENTO	RETORNO	
	FREQÜÊNCIA	FREQÜÊNCIA
	ABSOLUTA	PERCENTUAL
Acupuntura/CRST	26	3,0%
Audiometria	5	0,6%
Equalização do Stress/CRST	1	0,1%
Exames	124	14,2%
Fisiatria/CRST	141	16,1%
Grupos/CRST	8	0,9%
Homeopatia/CRST	69	7,9%
INSS	176	20,1%
Laudo	10	1,1%
Nenhum	203	23,3%
Outros serviços de saúde	50	5,7%
Psicólogo/CRST	6	0,7%
Psiquiatria/CRST	6	0,7%
Retorno ao sindicato	19	2,2%
Serviço social	10	1,1%
Em branco	22	2,5%
TOTAL	876	100,0%

Fonte: Setor de Informações CRST/ES - Maio /2000

Ao analisar as tabelas, nota-se que o encaminhamento de solicitação de exames, representa (76,5%) dos casos na primeira consulta. Na literatura, há poucas referências

sobre a necessidade de exames complementares como raios x, ultrassonografias, para o diagnóstico, sendo este essencialmente clínico.

De acordo com Ribeiro (1999), ao se solicitar exames deve-se ter cautela, pois a negatividade dos mesmos não invalida o diagnóstico de LER/DORT. Geralmente, se realizados nos primeiros estados da doença, são negativos, porque as mudanças teciduais, geradas pelo processo inflamatório, não são captadas nem pelos mais sensíveis dos exames. O autor ressalta a necessidade, principalmente nos casos que demandam classificação do estado da doença, para fins previdenciários e indenizatórios, de estar atento para o fato de que a positividade dos exames pode fazer inferências à respeito da gravidade das lesões, mas sua negatividade, porém, não as exclui, podendo encontrar casos graves que não tenham sido manifestados nos exames.

Vale ressaltar, que todos esses exames têm um custo alto, ficando difícil de ser custeado por uma parcela expressiva de usuários do Centro. Alguns deles, como a eletroneuromiografia, além de não ser feito na rede pública, implica em sofrimento e dor, dependendo do estado da doença em que a pessoa esteja acometida. Porém, a utilização criteriosa desses exames não seria por estas questões, mas por sua habitual negatividade no início da doença. Como observa (Ribeiro, 1999:138): *“O que se deve querer desses exames não é convalidar ou invalidar diagnósticos, mas avaliar, quando for o caso, o estado da doença em benefício do doente”*.

Desta forma, entende-se que os exames são complementares a uma análise prévia do caso e devem ser solicitados após a formulação de suspeita diagnóstica. Caso o exame não seja indicado e interpretado adequadamente, ele pode dificultar a investigação e as condutas que serão assumidas em relação às LER/DORT. É necessário ressaltar que a clínica é soberana, não se substituindo a análise criteriosa do profissional por nenhum desses exames (Brasil, 2000).

Algumas questões podem ser pontuadas, ao observar a tabela 10. O percentual elevado de solicitação de exames (76,5%) na primeira consulta, pode ser relacionado ao objetivo da consulta. Nas observações realizadas no decorrer da pesquisa e a própria

prática, constatou-se a necessidade dos usuários da comprovação donexo causal perante o INSS. Esta situação e mesmo devido ao fato de alguns laudos fornecidos pelos médicos do Centro, não terem sido aceitos pela perícia médica do INSS, fez com que a solicitação de exames, apareça como a possibilidade de dar visibilidade à doença; porém, por outro lado, a sua negatividade não significa exclusão do diagnóstico de LER/DORT, pois pode-se encontrar casos não expressos em imagens.

Devemos atentar que ao realizar exames para a comprovação do diagnóstico, estamos nos submetendo a trabalhar conforme a ótica da perícia médica do INSS, não validando a clínica da doença. Cabe mencionar que uma investigação criteriosa do ambiente de trabalho é uma alternativa possível para o reconhecimento da doença.

Destaca-se então, a responsabilidade e o papel que o profissional tem ao solicitar um exame e avaliá-lo, pois na sua decisão estará implícita a forma como concebe e aborda as LER/DORT, caracterizando ou descaracterizando-as do contexto da organização do trabalho.

Esses dados demonstram também, que os encaminhamentos para outras formas de abordagens de atendimento do Centro são insignificantes, como também a articulação com sindicatos. Esta situação nos remete a repensar a abordagem das LER/DORT no Centro, partindo da premissa que a compreensão da doença deve abdicar da visão fragmentada da medicina do trabalho, entendendo-a como um processo biopsicossocial.

É oportuno observar, que na tabela 11, relacionada ao encaminhamento no retorno do usuário ao Centro, a situação apresenta poucas mudanças, (23,3%) dos atendimentos não tem nenhum tipo de encaminhamento, (20,1%) são encaminhados para o INSS, (16,1%) para fisioterapia/fisiatria e (14,2%) para realização de exames. A análise destes dados nos permite inferir que a articulação entre as vertentes de atuação do Centro, não se concretiza, ficando a abordagem da doença restrita ao atendimento médico-assistencial, em detrimento do modelo preconizado pela Saúde do Trabalhador.

Cabe ressaltar que, com a maior divulgação das LER/DORT, a tendência é a procura precoce para o atendimento. Deste modo, se a proposição do Centro é também atuar na perspectiva da prevenção, buscar o diagnóstico da patologia através de exames, em trabalhadores nos quais os sinais e sintomas da doença estão apenas começando a se manifestar e que provavelmente será negativo, levará o trabalhador a continuar sujeito aos fatores existentes no ambiente de trabalho, que poderão, com o tempo, gerar uma progressão da doença.

4.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A fase de análise dos dados qualitativos foi a etapa mais longa, como também um momento exploratório rico, que possibilitou um ir e vir, cruzando informações obtidas nas entrevistas, com os dados do levantamento quantitativo, as discussões em grupo e os demais materiais bibliográficos utilizados na pesquisa, na medida que contribuíam para explicitar o contexto das questões trazidas, para a compreensão da abordagem das LER/DORT a partir do olhar dos profissionais e usuários do CRST/ES.

Em relação às entrevistas realizadas, procuramos, a partir dos pressupostos e objetivos que norteiam este estudo, classificar os depoimentos surgidos, ressaltando os aspectos relevantes nos seguintes termos temáticos: a concepção dos profissionais em relação as LER/DORT; o papel do CRST/ES na abordagem das LER/DORT e a articulação das ações nas vertentes de atuação do CRST/ES e as relações profissionais.

Através da fala dos atores sociais do processo vivido em uma dada realidade, buscamos focalizá-la na compreensão do processo gerador das LER/DORT e no cotidiano das atividades desenvolvidas pelos sujeitos no Centro, em relação a esta forma de adoecimento.

De acordo com Minayo (1993), é necessário envolver na pesquisa qualitativa, um número suficiente de atores para possibilitar a reincidência das informações, mas não desprezando informações ímpares, cujo potencial explicativo deve ser considerado; entender que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possibilita a apreensão de semelhanças e diferenças, esforçando-se para que a

escolha do locus e do grupo de observação e informação, apresentem o conjunto das experiências e expressões que se pretende alcançar com a pesquisa.

Nesta acepção, privilegiamos os sujeitos sociais que possuíam informações relevantes e vivências que se pretendia investigar, partindo do pressuposto, de que todas as opiniões e depoimentos observados nas entrevistas são cultural, social e historicamente condicionados. Cabe mencionar, que na análise, procuramos manter o termo “paciente” para preservar o sentido que os profissionais atribuíam à relação com o usuários do serviço. Porém no decorrer dos outros capítulos, empregamos palavras como usuários e trabalhadores, pois representam melhor uma relação de diálogo, ao incorporar a concepção de sujeitos com conhecimentos e vivências do seu trabalho e do processo de adoecimento.

Ressaltamos que, apesar de ter sido agrupado a sistematização dos relatos em três termos temáticos, muitos outros poderiam surgir a partir dos dados coletados. Porém, devido às limitações da pesquisa, torna-se inexequível abordar todos os prováveis temas evidenciados pelos sujeitos. Desta forma, analisamos os dados através das informações consideradas relevantes para efeito deste estudo.

4.3.1 - A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AS LER/DORT

O termo LER/DORT foi oficialmente reconhecido em 1993, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, após um processo de lutas e pressões sociais, envolvendo sindicatos e várias instituições, sendo definido da seguinte forma:

“Esta é uma denominação dada a um conjunto de afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fácias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo principalmente os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não de: uso repetido de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares e manutenção de postura inadequada.”(LER, 1993 apud Aguiar, 1998: 21).

Por sua vez em 1998, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Norma Técnica sobre DORT, assim a define: *“como uma “síndrome clínica”, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não*

por alterações subjetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho”.

(Brasil, 1998: 27)

De acordo com estas definições que são utilizadas para a elaboração do diagnóstico de LER/DORT, na primeira definição, a questão do movimento repetitivo é apresentado como um dos fatores que está relacionado ao surgimento da doença. Porém ao observarmos as entrevistas realizadas com os profissionais do Centro, notamos que na maior parte delas, as LER/DORT encontram-se associadas principalmente a movimentos repetitivos. Foram relacionadas também, em alguns relatos, porém de forma menos acentuada, a outros fatores provenientes da organização e condições de trabalho – como a pressão, hierarquia, ritmo acelerado, entre outros – podendo ocorrer independente do tempo de exposição a estes fatores. Apontam ainda, que as LER/DORT ocorrem numa grande variedade de funções e ramos de atividade, sendo hoje a principal demanda do CRST/ES, proveniente do setor de serviços e de funções como administrativas e auxiliar de serviços gerais.

- A causalidade das LER/DORT encontram-se nas condições de trabalho ou nas susceptibilidades individuais?

A análise dos relatos nas entrevistas, nos remete a importância que é atribuída à repetitividade, geralmente apresentada na literatura como o fator de risco mais freqüentemente referido, mas que não é o único fator biomecânico determinante, pois as LER/DORT podem ocorrer não relacionada a repetição, mas a cargas e posturas estáticas.

Este é um aspecto importante de ser ressaltado, pois ao definir um diagnóstico ou realizar uma inspeção para verificação denexo causal, é preciso analisar os vários fatores existentes predisponentes de LER/DORT, além da repetitividade, tais como: o esforço e força, posturas inadequadas, trabalho muscular estático, invariabilidade da tarefa, fatores organizacionais, entre outros. A não avaliação e compreensão destes fatores, podem descaracterizar um processo de trabalho potencialmente gerador da doença.

Segundo as Normas e Manuais Técnicos (Brasil, 2001a), dentre as questões ditas “*não médicas*”, nos estudos atualmente realizados, a organização do trabalho, os fatores biomecânicos e os ambientais, são determinantes do adoecimento no trabalho das mais variadas categorias, exercendo diversas atividades, fato que configura as LER/DORT, tanto em países industrializados, quanto nos que se encontram em processo de industrialização.

Um outro aspecto a ser ressaltado, constatado em alguns dos depoimentos, refere-se à susceptibilidade dos indivíduos para a ocorrência das LER/DORT. É preciso estar atento a este tipo de concepção que busca a explicação em fatores psicológicos e biológicos para a gênese da doença, podendo incorrer no fato de estar psicologizando ou biologizando o problema, uma vez que desconsidera os fatores relativos a situação concreta do trabalho, que é o que nos poderia levar aos determinantes fundamentais da patologia.

Essa concepção de predisposição, remete à vulnerabilidade do indivíduo, podendo ocasionar a culpabilização pelo seu adoecimento, ao serem valorizadas suas características, em detrimento das condições de produção social desta predisponibilidade. Desta forma, nos colocamos numa posição crítica ao reducionismo e ao caráter mecanicista que a concepção implica.

Acrescenta ainda Alves, 1998 apud Magalhães (1998: 74), que “*...estas questões cotejadas com as evidências clínicas e epidemiológicas, apontam para a necessidade de repensar os modelos médicos predominantes quando se trata de compreender melhor a LER*”.

São várias as abordagens a respeito da causalidade das LER/DORT, porém, a que nos referenciamos nesta pesquisa, é evidenciada pela epidemiologia social, em particular Laurell & Noriega (1989). Parte do pressuposto da determinação social do processo saúde-doença, sem negar a existência dos processos biológicos que, por sua vez, têm um caráter social. Essa concepção identifica a historicidade dos processos biológicos e

psíquicos, se opondo à medicina dominante e à epidemiologia tradicional, que concebe a doença enquanto fenômeno biológico e individual.

Laurell & Noriega (1989) apontam os limites destas abordagens para a compreensão dos problemas de saúde, especificamente os relacionados ao trabalho, pois o estudo do processo saúde-doença deve se centrar na coletividade humana, e não no indivíduo.

Do exposto, apontamos que é fundamental suscitar discussões, aproximações entre os profissionais envolvidos no atendimento dos casos de LER/DORT, para que possam chegar a um entendimento mais homogêneo da doença, pois entendemos que a clareza na compreensão da gênese das LER/DORT, é fundamental para que sejam propostas abordagens eficazes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.

- A atuação dos profissionais frente a elaboração do diagnóstico médico de LER/DORT

Em relação ao diagnóstico, enfatizaram que este se inicia no momento da consulta coletiva, onde é feita uma triagem⁹ dos possíveis diagnósticos de doenças ocupacionais e encaminhados para o atendimento individual com o serviço social. Somente posteriormente será encaminhado ao médico do trabalho, que estabelecerá onexo causal, a partir do exame clínico, anamnese ocupacional e solicitação de exames complementares e quando necessário, a avaliação do ambiente de trabalho. É relevante constatar, que o diagnóstico na maioria dos casos é definido individualmente pelos profissionais de medicina do trabalho, não havendo discussões com os outros profissionais da equipe, excetuando, quando existe a necessidade de uma avaliação de ambiente de trabalho, que o técnico de segurança ou engenheiro, remete ao médico que o solicitou, um relatório.

Considera-se que em relação ao diagnóstico de LER/DORT, este é essencialmente clínico e se fundamenta na história ocupacional, como elemento fundamental para orientar a investigação diagnóstica, relacionando os sintomas e queixas apresentadas com

a atividade que o trabalhador realiza, no exame físico detalhado e apenas quando necessários em exames complementares, e na análise das condições de trabalho, responsáveis pelo aparecimento da doença.

No que diz respeito à solicitação de exames considerados “complementares”, com exceção de um médico, faz parte da prática cotidiana dos outros profissionais, justificando esta atitude, devido à necessidade de fazer o diagnóstico diferencial, ou para a comprovação do nexo causal. Neste sentido acrescenta-se.

“É fundamental lembrar que exames complementares, quando corretamente indicados e bem feitos, podem auxiliar no diagnóstico clínico, porém não no estabelecimento do nexo causal, entre o quadro clínico e o trabalho. Conforme já referido, este nexo pressupõe a avaliação da exposição ocupacional”. (Brasil, 2000: 15)

Como ficou evidente, as solicitações de exames aparecem com certa predominância em relação aos outros encaminhamentos, ao observar os dados quantitativos e os relatos analisados, sendo que esta não é uma conduta enfatizada pelas Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade do INSS, nem pelo Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER/DORT do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

Entendemos que a solicitação de exames, enquanto uma prática cotidiana, apesar de não ser prescrita em nenhum protocolo de atendimento, existe a nível do real. Parece ser uma ideologia de defesa do profissional para se resguardar diante da perícia médica do INSS, perante qualquer questionamento e como forma de legitimar o nexo causal. Neste sentido, poderia dizer, que a solicitação de exames se conforma numa “regra de ofício” (Cru,1987). Pode-se inferir, que a prescrição de exames, talvez seja a forma encontrada para evitar o desencadeamento de vários tipos de sofrimento: os constrangimentos advindos de um laudo de LER/DORT recusado, uma forma de responder objetivamente ao usuário do serviço, que necessita comprovar uma doença, assim como, o sofrimento que desencadeia no profissional, de lidar com uma doença que se contrapõe a

⁹ Atualmente na consulta coletiva, não se faz a triagem, se constituindo num momento de informações a respeito do funcionamento do Centro e das doenças e acidentes do trabalho.

racionalidade da sua formação, evidenciando seus limites. Então, ao objetivá-la, consegue manter-se na lógica do seu saber médico.

As condutas individuais que limitam a compreensão e a avaliação diagnóstica a aspectos técnicos, requerem algumas considerações sobre o modelo centrado na atenção individual, na relação “médico-paciente”, que é culturalmente e socialmente construída. Nela, o que predomina é a busca da objetividade, que se percebe em alguns profissionais, ao não incorporar aspectos psicológicos e sociais como elementos na elaboração do diagnóstico e encaminhamento terapêutico. É portanto necessário estabelecer uma conduta de saúde que seja através do diálogo, entre o profissional que tem um conhecimento científico e o trabalhador que tem o conhecimento de seu sofrimento e de sua realidade, podendo assim, superar os limites da prática médica e contribuir para modificações nas condições geradoras da doença.

No decorrer do processo de pesquisa e também a própria prática no Centro, foi possível observar algumas vezes, condutas que limitavam o espaço da fala, do usuário, na busca de objetividade das informações como as realizadas na consulta coletiva. Esta é um espaço de triagem onde se verifica a possibilidade ou não de existência denexo causal. É necessário fazer uma ressalva nesta colocação, que muitas vezes é difícil para o médico acompanhar todo o processo coletivo e ao mesmo tempo orientar particularidades que solicitam uma atenção individualizada. Porém, é necessário repensar esse tipo de abordagem, pois a consulta coletiva, quando uma técnica bem aplicada, é um importante espaço para a compreensão do processo de adoecimento.

4.3.2 - O PAPEL DO CRST/ES NA ABORDAGEM DAS LER/DORT

Ao discutirmos a respeito do papel do CRST/ES, as falas se direcionam prioritariamente para o atendimento médico assistencial, ou seja, a elaboração do diagnóstico e tratamento. As investigações do ambiente de trabalho são realizadas somente em alguns casos, para esclarecer a hipótese diagnóstica. Geralmente são voltadas para analisar se no processo de trabalho existem atividades repetitivas, tendo em vista que são casos de LER/DORT.

O Centro de Referência, é citado como uma referência em saúde pública, devido as possibilidades de tratamento que oferece ao paciente, como um trabalho que se desenvolve através de equipe multidisciplinar: médicos do trabalho, psicanalista, fisioterapeuta, assistentes sociais, entre outros. Possibilitando assim, um apoio em várias áreas dentro do mesmo espaço, se constituindo numa referência terapêutica.

É ressaltado que o Centro propõe oferecer um diagnóstico, orientação em termos de encaminhamento para previdência social, atividades de informação e educação em saúde, como os trabalhos desenvolvidos em grupos, assim como reflexões mais aprofundadas sobre o sofrimento gerado pela doença. O Centro é compreendido assim, enquanto um espaço de suporte ao paciente, que muitas vezes já percorreu várias instituições em busca de esclarecimento ou reconhecimento de sua patologia.

Nestes termos, o CRST/ES se apresenta então, como um espaço de acolhimento, que possibilita a esta demanda informações e orientações a respeito de seu problema. Devido o Centro proporcionar esta atenção aos pacientes enfatizada pelos profissionais, podemos inferir que esta é uma das possíveis razões para o crescente aumento dos casos de retorno nos últimos anos, conforme observado no levantamento quantitativo.

A questão da conscientização também é um aspecto ressaltado pelos entrevistados, como uma forma do paciente aprender a conviver com a doença, possibilitando ao paciente encontrar alternativas para conviver melhor com uma doença que não tem cura. Deste modo, o papel do Centro de Referência seria de orientar para uma melhor socialização do usuário do serviço.

Há relatos também, principalmente dos médicos do trabalho, que o Centro de Referência é um espaço de respaldo legal para os demitidos, onde o médico é visto como um advogado, perdendo sua função que é clínica. Revelam que o Centro tem hoje um papel de fazer nexos e laudos para a perícia do INSS, se conformando uma grande demanda de atendimento.

As entrevistas sugerem que o papel do Centro de Referência, deveria ser sobretudo de prevenção, atividades educativas, fiscalização de ambientes de trabalho, e alguns acrescentam a pesquisa. Mas, devido à demanda ambulatorial e o quantitativo de pessoal, estas atividades não são constantemente desenvolvidas, ou priorizadas.

Apesar da atividade de pesquisa ter sido citada por alguns profissionais, estes trabalhos de pesquisa são percebidos, como se fossem algo à parte da estrutura do serviço, não sendo entendida no mesmo grau de importância das outras ações. Desta maneira, o profissional relata que ao ser desenvolvida, diante do quantitativo de pessoal que realmente se envolve com o trabalho, acaba prejudicando o atendimento ambulatorial. Vale ressaltar que existe também uma cobrança da Secretaria Estadual de Saúde, em termos de produtividade de atendimentos e procedimentos realizados pela Unidade de Saúde.

- As expectativas e demandas observadas pelos profissionais nos usuários portadores de LER/DORT

Em relação às expectativas e demandas observadas nos usuários que chegam na primeira consulta e nos retornos, estas são percebidas com algumas diferenciações.

Na primeira consulta, geralmente se apresentam curiosos, angustiados, desinformados quanto a dor e ao sofrimento em que se encontram, mas também esperançosos, buscando explicações para sua sintomatologia, procurando soluções. Acrescenta-se que muitos, ao procurarem a cura para uma dor que não conseguem explicar, revelam medo do diagnóstico, e das implicações decorrentes, como o afastamento do trabalho e o desemprego.

Os depoimentos mostraram que a incerteza de permanecer no trabalho e o medo do desemprego é constantemente mencionado pelos pacientes nos atendimentos. É sabido que a presença da patologia, muitas vezes é fator decisivo para o desligamento do trabalhador da empresa e a reinserção no mercado de trabalho é difícil, até porque o fato de constar na carteira de trabalho um registro de doença ocupacional ou afastamento do

trabalho, é um impeditivo na seleção da força de trabalho, cuja saúde esteja comprometida.

Settimi apud Carloto (2000), ao discorrer sobre a experiência de atendimento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo-CEREST-SP, mostra que trabalhadores de determinadas empresas onde reconhecidamente existem casos de LER/DORT, quando saem destas, não conseguem se inserir no mercado de trabalho.

Desta maneira, a situação de desemprego não pode ser compreendida pelo profissional de saúde como uma patologia social que não lhe diz respeito e sim como uma questão concreta que perpassa a vida do trabalhador que está atendendo e que implicará na sua recuperação, como também contribuirá para entender como uma das possíveis explicações para a demora do trabalhador em procurar tratamento, evitando assim condutas de julgamento.

É apontado também, que o paciente na primeira consulta procura o Centro de Referência com a expectativa de conseguir laudos para o INSS ou a CAT, buscando um respaldo legal para evitar uma demissão. Esta situação é colocada por um médico como a maior parte dos casos que atende no ambulatório.

No que se refere aos pacientes no retorno ao Centro, as expectativas mudam um pouco, apesar de algumas que foram apresentadas na primeira consulta se manterem. Como no processo de retorno as pessoas já possuem alguma resposta para seus questionamentos, a ansiedade e o medo diminuem, surgindo inclusive uma certa segurança. A ansiedade volta a se manifestar, geralmente na época de perícia no INSS, quando o paciente precisa de um laudo.

Atribuem a melhora no paciente de retorno, nem tanto relacionado a doença, mas ao fato destes sentirem que estão sendo bem encaminhados. O paciente de retorno é visto como aquele que procura o CRST/ES, buscando meios para alcançar um “benefício”, além do tratamento. Muitos, apesar de saberem do que significa as LER/DORT, mesmo assim, possuem esperança de cura, entendem que o tratamento é paliativo e com isso a

ansiedade diminui. Mas segundo os entrevistados, é constatado o surgimento da depressão em alguns casos, principalmente os crônicos.

Ao entrevistar alguns profissionais como homeopatas, acupunturistas e o pessoal da fisioterapia, ressaltam que muitos pacientes, têm apresentado melhora principalmente no que diz respeito a dor. Compreendem que, apesar de serem alternativas terapêuticas paliativas em relação a doença em si, possibilitam uma qualidade de vida melhor no contexto da doença; entretanto o grande desafio é o paciente crônico, que a intervenção terapêutica tem pouco resultado.

Os profissionais trabalham as expectativas apresentadas pelos usuários, procurando informar, esclarecer sobre a doença, a prevenção e os tratamentos que o Centro oferece, ressaltando sempre a importância do paciente se envolver nos mesmos.

Foi constantemente mencionado, que o paciente de retorno que encontra-se envolvido nas diversas atividades do Centro, direcionadas aos portadores de LER/DORT, além de ser menos ansioso, consegue entender que a saída do problema é um trabalho em conjunto onde o Centro de Referência tem um papel, mas o paciente é responsável e sujeito dessa mudança que se pretende alcançar. Por outro lado, um profissional enfatiza, que aquele retorno onde o paciente é poliqueixoso, acomodado, transferindo sua angústia para o profissional, são os casos que mais aparecem no Centro e, portanto, necessitam que nos diversos atendimentos realizados – seja a nível individual ou grupal – o trabalhador seja compreendido como sujeito nesse processo.

Em relação a demanda de procura de atendimento, no que diz respeito ao quantitativo para atendimento de consultas, os profissionais consideram que tem sido atendida em parte. Em relação as marcações de consultas para médicos do trabalho, não se relata dificuldades, porém, para marcação de exames, a fisioterapia e a acupuntura, existem dificuldades; até porque, durante determinado tempo, ficou sem fisioterapeuta para atender e a demanda no setor é grande. Em relação à acupuntura, os próprios médicos colocam que os pacientes que fazem o tratamento estão apresentando melhoras significativas, porém, seria necessário mais profissionais para atender, pois existem

pacientes que precisariam ser atendidos na acupuntura e não existe oportunidade no momento. Cada médico acupunturista atende 20 pacientes por semana; ao todo são dois profissionais, que consideram esse número de pacientes o aceitável, para não sobrecarregar o atendimento e também para manter a qualidade, caso contrário o resultado não seria o mesmo.

No que diz respeito à demanda dos usuários em relação as propostas de tratamento, quase não houve referência sendo, praticamente voltada para a solicitação de atendimentos individuais. A questão coletiva, as inspeções em ambientes de trabalho, são demandas eventualmente apresentadas. Neste ponto, a psicóloga acrescenta que o paciente demanda pouco do Centro e que este poderia possibilitar muito mais aos seus usuários. O que basicamente solicitam é apoio e, neste sentido, o Centro de Referência atende. Aponta como uma situação complicada, pois entende que as alternativas de tratamento são construídas em conjunto com os pacientes; então, acontece que em algumas situações eles não se envolvem; por outro lado, depende também do profissional escutar determinada queixa do paciente como demanda e buscar construir estas possibilidades de tratamento e recuperação.

- A recuperação das LER/DORT: alternativas e questões sem respostas

Um fator apontado pelos profissionais em relação à recuperação das LER/DORT, está relacionado ao tratamento enquanto uma terapêutica paliativa, sendo identificado como uma das razões para essa consideração, a não ocorrência de modificações no ambiente de trabalho, levando o trabalhador, após o tratamento ou durante o mesmo, a exercer atividades na mesma função na qual surgiu a doença.

Uma questão importante que surge, apontada pela fisioterapeuta, ao discorrer sobre a recuperação, está relacionada à pacientes com tempo prolongado de tratamento, sem apresentar melhora em relação a dor, se desligarem da fisioterapia. Na sua opinião, isso ocorre também porque não há para onde encaminhar esse paciente e até porque, mesmo os recursos clínicos se esgotam e não sabe até onde a questão psicológica e social interfere nesse processo. Acrescenta também, o fato de pacientes que procuram o setor

já se encontrarem num grau elevado de afetação, com uma incapacidade acentuada, impossibilitando uma recuperação para a função normal. Em relação aos pacientes crônicos, às vezes é necessário uma pausa no tratamento para que ele tente encontrar outras saídas de conviver com o problema. Uma alternativa que citou para os pacientes crônicos, que perderam mobilidade do membro, é o trabalho de grupo com exercícios orientados para estimular ao movimento todo o corpo, tentando resgatar as funções corporais de uma forma geral.

A fisioterapeuta¹⁰ relata que tem pacientes que estão há quatro anos fazendo fisioterapia e que não existe um protocolo que estabeleça o tempo de suporte da fisioterapia. Coloca que o principal problema está em para quem referenciar dentro do Centro, pois se remete o paciente para o médico ele encaminha novamente para o setor, devido a falta de alternativas, tendo em vista que todos os recursos disponíveis para o tratamento.

Estas colocações nos remetem à complexidade da abordagem das LER/DORT, principalmente quando se trata de portadores crônicos. Entendemos, que esta situação poderia ser menos desgastante, tanto para o profissional como para o usuário, se houvesse uma articulação e mobilização maior entre a equipe, visando a discussão das possibilidades de tratamento a partir dos próprios recursos existentes no Centro de Referência, ou que poderiam ser criados, para a melhoria da qualidade de vida do usuário.

Algumas ações são apontadas pelos entrevistados como importantes na recuperação, como o trabalho desenvolvido no grupo Qualidade de Vida, onde a questão individual é trazida para o coletivo, propiciando uma discussão do processo saúde-doença. Outra importante atividade, é a psicoterapia de grupo, onde praticamente só participam os pacientes crônicos que, segundo a psicóloga, não considera um paciente de retorno mas quase interno do Centro, pois permanece a maior parte do dia fazendo fisioterapia, acupuntura e outras atividades.

¹⁰ Atualmente a fisioterapeuta que concedeu a entrevista não exerce mais suas atividades no Centro, sendo substituída por outra profissional.

No que diz respeito ao grupo de psicoterapia, a psicóloga responsável pelo grupo relata que trabalha com a perspectiva da saúde, na ótica da conscientização do movimento que ocasionou a perda, envolvendo neste sentido, o mundo do trabalho, o mundo cultural, o sujeito e o inconsciente, compreendendo todas estas questões, pensando na saúde.

Um outro espaço apontado para a atuação de um trabalho em equipe, é o setor da fisioterapia, devido ao tempo que o paciente permanece no local, em tratamento; sendo assim, é colocado pelos profissionais a necessidade de desenvolver neste espaço, atividades referentes à prevenção e preservação da saúde.

- **Caminhos e obstáculos a serem superados na abordagem das LER/DORT**

Diante destas demandas e expectativas observadas pelos profissionais no decorrer dos atendimentos, muitos aspectos foram apontados, visando superar as dificuldades e qualificar o trabalho desenvolvido pelo Centro de Referência.

A importância de realização de um trabalho integrado, articulado entre as vertentes de atuação e desenvolvido de forma interdisciplinar, foi apontado pela maioria dos profissionais, como essencial para a melhoria do atendimento.

Cabe mencionar, depoimentos de que, quando o Centro iniciou suas atividades em 1996, existiam reuniões de equipe semanalmente, onde se discutiam os casos clínicos, as inspeções, possibilitando uma proximidade e articulação maior entre os profissionais, incidindo, assim, em condutas similares de atendimento. Com o decorrer do tempo, as reuniões passaram a ser realizadas esporadicamente. Esta situação se refletiu num atendimento com diversificadas formas de abordagens, pois não se tem uma direção, um protocolo, em relação à concepção da doença, forma de procedimentos, os encaminhamentos para grupos e então, cada profissional passou a atender a partir de seu referencial. Desta forma, a necessidade de um protocolo único de atendimento é citado diversas vezes, devido às diversidades de condutas e como uma maneira de evitar a

solicitação de pacientes para a mudança de médico, um problema freqüente no Centro de Referência.

Um outro fator que ressaltam para este distanciamento, foi a mudança de espaço físico. O CRST/ES no ano 2000, passou a funcionar num edifício ocupando dois andares, onde no 10º andar está situada a parte administrativa e no 11º andar a fisioterapia e os consultórios. Em um aspecto, a mudança foi positiva, pois propiciou um maior conforto no atendimento, devido ser um espaço mais amplo; por outro lado, distanciou ainda mais o contato entre os profissionais.

Desta forma, algumas propostas foram apontadas para a solução dos problemas enfrentados. Consideram que na parte da assistência, é necessário a aquisição de equipamentos para a fisioterapia, a contratação de recursos humanos – como acupunturista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional – visando um suporte tanto no atendimento individual, como em grupo. Compreendem a importância de implantar e implementar atividades que trabalhem a corporalidade – oficinas de arte, grupos de convivência, grupos Qualidade de Vida – a partir de um envolvimento maior dos profissionais.

Neste sentido, a fisioterapeuta considera que a criação de grupos de controle continuado onde, através de reuniões semestrais, poderia fazer um acompanhamento, possibilitar informações ao paciente que teve alta no serviço, inclusive para evitar, depois do afastamento do Centro, um retorno com um quadro agravado da doença. Relata também a necessidade de uma maior aproximação com os profissionais do serviço social e psicologia, para a realização de trabalhos em conjunto.

É apontado pelos profissionais a necessidade de se construir alternativas para o paciente crônico. Existe o grupo de auto-cuidado na fisioterapia, aonde é feita orientação de exercícios para pacientes crônicos que perderam a mobilidade nos membros. Uma outra alternativa existente, é o grupo de psicoterapia que, segundo a psicóloga, são os pacientes crônicos que mais freqüentam, porém, devido ao tempo de duração não é acessível a toda demanda que precisa desse tipo de atendimento. Médicos, fisioterapeutas

e outros profissionais, entendem que é necessário repensar as alternativas para esse tipo de paciente e estabelecer um protocolo de atendimento na fisioterapia, inclusive no que se refere a tempo de tratamento. Cabe salientar que no final do ano 2000, os usuários que estavam em tratamento fisioterápico há muito tempo, foram desligados deste tipo de atendimento após orientação médica.

Alguns problemas enfrentados, segundo os profissionais, remetem à melhor distribuição das atividades, pois algumas pessoas são sobrecarregadas em relação a outras. A importância dos profissionais se envolverem nas diversas atividades do Centro, como as de educação em saúde, sejam cursos, palestras e as de vigilância consideradas as inspeções. É observado também, a importância dos médicos referenciar os pacientes para as atividades de grupo, como uma parte do tratamento ao qual se submetem no CRST/ES.

Ainda na perspectiva da assistência e educação em saúde, é destacado a necessidade de uma divulgação maior sobre as LER/DORT, através de uma articulação com sindicatos, entidades civis, no sentido de orientar as pessoas para a busca precoce de tratamento.

Em relação às atividades consideradas como de vigilância, relatam a importância de um advogado compor a equipe, para fornecer um apoio jurídico, respaldando as ações de vigilância. Associam a vigilância à aprovação do código sanitário, que possibilitará uma legitimidade maior para as atividades de intervenção no ambiente de trabalho. Uma outra questão está relacionada à necessidade do desenvolvimento de atividades de prevenção para o trabalhador, como palestras e orientações, como também visitas as empresas para a verificação de cumprimento das normas.

Foi ressaltado por um profissional a necessidade de ser reavaliado o objetivo da consulta coletiva, que não possibilita realmente uma triagem, uma seleção de casos de doenças ocupacionais, como se propõe, porque existem questões individuais que não podem ser abordadas num espaço coletivo. Deste modo, o paciente passa por um processo demorado, que implica a consulta coletiva, atendimento individual com o

serviço social, para posteriormente chegar na consulta com o médico e em alguns casos seu problema não ser considerado uma doença ocupacional.

Uma questão levantada para a realização de um trabalho integrado, está relacionada à melhoria dos salários, de políticas para o funcionalismo público e também isonomia, para que assim o profissional possa se envolver mais com as atividades do Centro e a cobrança de responsabilidade individualmente, para cada um assumir seu compromisso com o serviço. Entendem que a articulação entre algumas atividades que hoje existem no CRST/ES decorre do desejo e das relações de afinidades que existem entre os profissionais e não de algo instituído.

Acrescenta-se também as dificuldades financeiras para implantar ações, compra de equipamentos que possibilitaria potencializar o trabalho desenvolvido. Apontam para uma mudança desta situação, o convênio assinado com o Ministério da Saúde em 2000, que disponibilizará recursos financeiros para a estruturação das atividades do CRST/ES.

Tecendo considerações a respeito das mudanças que pretende efetuar no Centro de Referência, a médica coordenadora relata, que a relação médico-paciente pode ser melhorada, a partir do momento que ocorra um rompimento do médico com o papel estritamente voltado para o diagnóstico e encaminhamento previdenciário, procurando se aproximar do contexto da vida do trabalhador que está atendendo e, assim, compreendendo melhor o adoecimento. A questão da informação que requer um profissional especializado para trabalhar melhor os dados; a necessidade de construção de um modelo de vigilância para a atuação na região metropolitana; a contratação de profissionais, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, profissionais de saúde mental, sanitaria, entre outras. Associa a todas estas questões, a realização de discussões que permitam um repensar do atendimento no CRST/ES, tanto no que diz respeito a parte assistencial como à vigilância.

No decorrer de todas as exposições a respeito desse termo temático, mencionou-se constantemente a importância da conscientização do paciente, acerca da prevenção das LER/DORT. Compactuamos com a idéia de que todos os profissionais são responsáveis

pela disseminação de informações necessárias ao usuário sobre sua saúde e seus direitos, assim como, que a prevenção deve se configurar num processo que envolva conjuntamente, trabalhadores, empresários e profissionais de saúde, para que não seja imputado a qualquer um desses atores a responsabilidade única neste processo.

Uma outra questão que requer ponderação, alude à constante busca da cura pelos usuários, enquanto um fato gerador de angústia, tanto nos portadores de LER/DORT como nos profissionais, principalmente médicos. É essencial entender a busca pela cura, como algo pertinente à saúde, pois, como Dejours (1986) aponta, o estado de bem-estar é impossível de se atingir, uma utopia, sendo a saúde um objetivo a ser alcançado, nesta constante busca. Neste sentido, não se trata de eliminar a angústia, mas sim, possibilitar meios para que seja superada, mesmo que momentaneamente. A compreensão de que este completo estado de bem-estar físico e mental não existe, imprimirá um enfrentamento diferenciado em relação à doença. Entender que existe sim, desejos e esperanças, onde a saúde seja a liberdade de cada trabalhador encontrar meios de *“traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.”* (Dejours,1986: 10)

Nesta sentido, ressaltamos que todos os profissionais, independente de seu envolvimento nas atividades do Centro, possuem um potencial extremamente rico, para contribuir efetivamente em mudanças no processo de surgimento das LER/DORT, através de um trabalho articulado em conjunto com os trabalhadores, buscando meios de enfrentar as condições adversas do trabalho, em direção a uma qualidade melhor de vida e trabalho.

No final deste item algumas questões surgem. Será que os apontamentos realizados pelos profissionais enquanto papel do Centro, atingem as questões principais para o tratamento de LER/DORT?

No decorrer das entrevistas foram evidenciados que o papel do CRST/ES atualmente consiste no diagnóstico e tratamento da doença, incluindo orientações previdenciárias, além de respaldo legal para o reconhecimento da doença ocupacional. As atividades de grupo, individuais são entendidas enquanto espaços de conscientização, onde o paciente aprende a conviver com a doença e encontrar alternativas para o seu

enfrentamento. Acrescentam a importância da realização de um trabalho integrado, a aquisição de recursos materiais e humanos, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde e fiscalização de ambiente de trabalho, buscando à prevenção da doença e melhoria no atendimento. Por outro lado, apesar de os trabalhadores procurarem o Centro de Referência em busca de cura, tratamento, porém este é considerado paliativo na opinião dos profissionais, pois alguns apontam a organização do trabalho como determinante do adoecimento e outros consideram também a susceptibilidade individual na ocorrência das LER/DORT.

Neste sentido se o tratamento é considerado paliativo, e o grande nó crítico, ou seja, é a demanda, a expectativa de cura que o usuário traz ao procurar o Centro, pensamos que estas alternativas poderão sim, contribuir para melhorar a qualidade de vida do usuário, porém é preciso que sejam pensadas medidas que antecedam a doença e evitem sua progressão, como a Vigilância em Saúde do Trabalhador enquanto uma forma de prevenção. É preciso que seja discutido e avaliado até que ponto os fatores individuais e organizacionais estão envolvidos no desencadeamento das LER/DORT para os profissionais, pois dimensionar esta questão é fundamental, já que se existem dúvidas, estas podem dificultar uma intervenção no ambiente de trabalho, ficando a prática restrita à ações de assistência.

Diante desta situação sofrimentos podem emergir nos profissionais devido à dificuldade ou até impossibilidade de cura tendo em vista que a doença precisa ser compreendida num contexto ampliado no qual a implementação de práticas preventivas aparecem como uma possibilidade de atuação.

4.3.3 - A ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES NAS VERTENTES DE ATUAÇÃO DO CRST/ES E AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

Ao analisar as entrevistas, a questão da fragmentação das ações é constantemente ressaltada pelos profissionais. Desta forma, entendemos que compreender como o profissional elabora a abordagem das LER/DORT neste contexto de fragmentação e como

concebe a articulação com a vigilância, se constitui numa discussão fundamental para responder às questões norteadoras da pesquisa.

A dificuldade de um trabalho articulado é atribuído às próprias questões históricas da formação profissional, e não somente à demanda de trabalho. Em alguns cursos onde essa questão da interdisciplinaridade é constantemente discutida, percebe-se uma articulação maior nas atividades, tais como as desenvolvidas pelo: serviço social, psicologia e enfermagem. Entretanto, nas atividades da medicina e da engenharia, que vêm de áreas onde o pensar técnico é enfatizado, essa articulação é observada somente eventualmente.

Existe uma compreensão de que o trabalho deve ser articulado. Ao pensar nas vertentes de atuação do Centro de Referência, é colocado que na assistência surgem dados que são interessantes para a vigilância, enquanto representação de uma demanda de intervenção em ambiente de trabalho. Nas atividades de grupo, surgem também dados que solicitam ser discutidos pela equipe, podendo incidir em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Um outro exemplo da relação do atendimento ambulatorial com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, são os casos índices, onde ao mesmo tempo que o médico precisa de informações, ele gera dados para a vigilância e assim deve-se pautar a rotina de atendimento da assistência, estruturando-a a partir de um sistema de vigilância atuante.

Nos depoimentos em geral, ao contrário do observado nas questões pertinentes à assistência, a questão da vigilância se expressou significativamente nos relatos do engenheiro e técnicos de segurança. Por outro lado, o pessoal da fisioterapia, acupuntura e homeopatia, demonstraram uma certa dificuldade para discutir a questão da vigilância, inclusive acrescentando que, por trabalhar somente no atendimento, não têm como avaliar as outras áreas. Essa situação é reflexo do que os profissionais destas áreas relataram anteriormente, ou seja, a dificuldade de integração e contato com os profissionais de áreas que não estão diretamente envolvidos.

Os técnicos de segurança relataram que nas inspeções observam mais o trabalho repetitivo. Entendem que existem outras questões que perpassam as relações de trabalho, (como hierarquia, pressão), porém requer a participação de profissionais de outras áreas e geralmente as inspeções não são realizadas de forma interdisciplinar.

Neste contexto, o psicanalista demonstra interesse em participar das atividades de inspeções, pois acredita que poderia contribuir com seu conhecimento, ao observar aspectos do sofrimento humano no processo de trabalho. Da mesma forma, outros profissionais sugerem a importância de suas disciplinas no estudo das condições e organização do trabalho, porém pontuam que não existe uma integração da equipe e um desprendimento dos profissionais para se envolverem com esse tipo de atividade.

A articulação da assistência com a vigilância se constitui geralmente no fato do médico do trabalho solicitar uma inspeção para verificação denexo causal; posteriormente, o técnico de segurança ou engenheiro responsável pela inspeção faz um relatório e anexa ao prontuário do paciente. Não existe um acompanhamento do caso do início ao fim, na maioria das vezes, nem diálogo com o médico sobre a demanda e o que foi constatado no ambiente de trabalho, acarretando assim num trabalho fragmentado, não se discutindo conjuntamente o encaminhamento dos casos.

Esta situação é apontada pelo engenheiro, como um trabalho de “bombeiro”, pois é solicitada a inspeção, é feita a visita e se constata o problema. Não existe uma situação a nível de prevenção e como não se tem um instrumento de notificação a empresa não efetua as mudanças recomendadas.

Destas questões, podemos inferir a dificuldade de realizar um trabalho integrado, articulado no Centro de Referência, onde os limites pessoais e técnicos possam ser superados, para que as LER/DORT sejam abordadas de acordo com o referencial da Saúde do Trabalhador.

As relações que se estabelecem mais próximas, acontecem entre o serviço social e a psicologia, com o trabalho de grupo e atividades científicas. Entre a fisioterapia,

acupuntura e medicina do trabalho, existe um contato dos profissionais, no sentido de indicações de encaminhamento dos pacientes nessas áreas. Uma médica do CRST/ES, relata que ocorre uma relação do seu trabalho com a fisioterapeuta e o psicanalista, através de orientações para encaminhamento do paciente. Ainda nesta direção, o médico do trabalho, enfatiza a importância de uma relação mais estreita, articulada entre o técnico de segurança, o engenheiro e o médico, pois muitos riscos podem não ser evidenciados numa mesma empresa, caso não haja esta articulação.

O serviço social é solicitado para várias atividades, mas não participa das atividades de inspeção, devido a outras atribuições, principalmente na área da assistência. É apontado como uma área que precisa se articular com a fisioterapia. Os profissionais de serviço social colocam que seu trabalho tem relação com diversas áreas mas é fragmentado, tendo em vista que realizam a consulta coletiva, o primeiro atendimento com o paciente e encaminham o prontuário para o médico, não havendo na maioria das vezes uma discussão do caso atendido.

Ao direcionarmos a discussão para como o colega do trabalho é visto pelo profissional, fatos importantes surgiram, como a necessidade de melhorar o relacionamento, formas diferenciadas de atendimento levando o paciente a não querer ser atendido por determinado profissional, cumprimento de horário e maior contato entre os profissionais, independente do setor de atuação. É observado também, que o maior ou menor envolvimento nas atividades do Centro de Referência está na dependência do profissional, de sua disponibilidade e também de suas características. Sua forma de se posicionar, exerce influência na dinâmica do Centro, pois aquele profissional que está imbuído do desejo de trabalhar em equipe, que busca a troca de conhecimentos favorece não só a recuperação do paciente como o desencadeamento de atividades que trabalhem na perspectiva da prevenção da doença.

A coordenadora do Centro especifica a sua percepção quanto à atuação de alguns profissionais. Explicita a necessidade de uma fisioterapeuta que compreenda a relação da organização do trabalho com a doença; o serviço social, considera que exerce o papel de desvelar o mundo do trabalho, no qual os indivíduos se inserem, fazendo uma abordagem

do paciente, que dificilmente será realizada pelo médico do trabalho, com sua formação clínica voltada para a doença no sentido do diagnóstico; a enfermagem tem um papel similar ao do serviço social, entre outros. Acrescenta que um trabalho articulado é importante, pois aproxima essa diversidade de profissionais que existem no Centro de Referência com leituras diferenciadas da realidade, possibilitando uma compreensão do processo de adoecimento no trabalho.

Em particular, a coordenadora ressalta a abordagem dos médicos, que é muito diferenciada. Alguns apresentam uma atenção maior com o paciente, outros se angustiam com um contato mais próximo com o mesmo, pois trabalham muito com a idéia de só estabelecer o diagnóstico a partir do momento que as lesões se expressem ou tenha alguma alteração na imagem radiológica, devido uma falta de compreensão de algumas questões que envolvem a doença.

Coloca ainda, que existe uma falta de informação, dentro de uma visão ampliada do processo de adoecimento: a desinformação sobre o contexto econômico, ausência de uma formação para além da medicina do trabalho. Considera que para atuar nesta área, é preciso formação política, visão de mundo, para entender o adoecimento de uma classe, e o fato de não apresentar esta visão, incidirá em entraves, no decorrer da atuação profissional.

Ao se referir à articulação das vertentes de atuação do CRST/ES, a coordenadora, entende que é necessária, mas não pode ser algo imposto, e sim emergir da necessidade de um amadurecimento da consciência do profissional, a partir do momento que compreenda, o seu papel social.

Ressaltamos também, os relatos e as observações realizadas no decorrer da pesquisa, que nos permitem inferir, que esteja surgindo entre os profissionais questionamentos a respeito da desarticulação do trabalho, da dificuldade de estabelecer vínculos, procurando de alguma forma, alternativas, mesmo que no momento sejam somente a nível do discurso mas que poderão se converter em práticas importantes para a saúde do trabalhador.

Ainda dentro deste tema da articulação entre as vertentes de atuação, entendemos que é importante especificar algumas questões relacionadas ao Setor de Informações, que faz parte da vertente vigilância. Suas atividades consistem, em coletar e processar os dados das fichas de atendimento ambulatorial, que compõe o SIAMAB e os dados provenientes das CAT's. Estas informações são utilizadas no desenvolvimento e planejamento das atividades do CRST/ES. Neste sentido, alguns apontamentos são destacados.

O setor trabalha com o sistema epidemiológico EPI-INFO, um programa de banco de dados, através do qual trabalha-se os dados do SIAMAB, utilizando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 para diagnóstico e com o sistema CAT, que é um banco de dados referente às Comunicações de Acidentes de Trabalho, que são encaminhadas pelo INSS para o Centro de Referência. Dessa forma, é possível traçar quantitativamente o perfil de atendimento e de acidentes de trabalho, respaldando as atividades desenvolvidas, tanto de assistência, como de vigilância e educação em saúde, além de subsidiar estudos científicos.

Existem alguns entraves no funcionamento do setor, devido à falta de recursos materiais e humanos, pois são poucos funcionários para atender à demanda de atividades solicitadas, sendo as estatísticas realizadas sem um aprofundamento, podendo incorrer em erros. O setor funciona com poucos equipamentos e sem suporte técnico da SESA. Os dados referentes ao atendimento ambulatorial e as CAT's no período de 1996-1997, constituem estatísticas distanciadas da realidade, pois muitas informações registradas, foram perdidas em 1997, devido a um vírus no micro do CRST/ES. Um outro impeditivo, está relacionado ao fato dos profissionais além de trabalharem nos sistemas de informações, geralmente atendem também a outras demandas de informática do Centro, sobrecarregando o setor.

Entre as dificuldades encontradas no setor, constam as referentes ao SIAMAB. Esse sistema é composto de uma ficha ambulatorial dos usuários, preenchida por vários profissionais, ou seja, os atendentes, assistentes sociais e médicos, que deixam alguns campos em branco, ou preenchidos de maneira que dificulta a classificação das variáveis, prejudicando assim, o cruzamento de dados.

Em relação ao sistema de informação de CAT's , a principal dificuldade situa na demora do envio das mesmas por parte do INSS, acontecendo às vezes, o fechamento da estatística de determinado ano e posteriormente chegarem mais CAT's. Definiu-se, assim, o mês de março para a conclusão das estatísticas de cada ano anterior. Um outro complicador consiste na falta de qualidade das cópias enviadas, dificultando a visualização dos campos, e também o LEM, que nem sempre é enviado, acarretando a perda de informações e inviabilizando o registro. Dessa forma, os dados gerados pelo sistema, diante destas dificuldades, não permitem, ainda, retratar a realidade das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho ocorridos no Estado.

O Setor de Informações, está estruturado a partir de dados quantificáveis como os provenientes do SIAMAB e CAT's. As informações relacionadas às inspeções em ambiente de trabalho, não são registradas em banco de dados, nos impossibilitando de fazer uma análise dos resultados dessas ações, em relação aos casos de LER/DORT. Os relatórios de inspeções, implicam basicamente na descrição da atividade desenvolvida pelo trabalhador, os riscos e em determinados casos, recomendações baseadas nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. Não foram constatados registros em relação aos impactos dessas ações, como também encaminhamentos propostos para a efetivação de intervenções sobre os processos de trabalho em inspeção.

Diante do exposto, destacamos que apesar de teoricamente ser apontado a articulação das vertentes de atuação do Centro quais sejam, assistência, vigilância e educação em saúde – a integração dessas práticas ocorrem de maneira incipiente e pontual.

De acordo com Machado (1996), a Vigilância em Saúde do Trabalhador se distingue de outras disciplinas no campo das relações entre saúde e trabalho, por compreender como seu objeto específico a investigação e intervenção do processo de trabalho, na saúde dos trabalhadores.

Temos clareza que a implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, num sistema de crise financeira e profissional técnico, é um complicador, associado às discussão das competências institucionais, como foi exposto em alguns depoimentos, em

relação à dificuldade de realizar inspeções sem um instrumento que legitime as ações em saúde do trabalhador. Segundo Lacaz (1992), os principais entraves para o desenvolvimento de forma eficaz das ações de vigilância são os fatores relacionados à legislação, questões metodológicas e de caráter político institucional.

Entendemos que o Centro de Referência ao fazer o diagnóstico de doenças do trabalho, evidenciando os casos relacionados ao trabalho, favorece a realização do processo de vigilância. Esses dados provenientes do atendimento ambulatorial, através do SIAMAB e outras fontes como CAT's, apontando o caminho da intervenção, juntamente com a participação dos trabalhadores e o trabalho interdisciplinar da equipe técnica, se configuram como ponto de partida para a execução de ações e avaliações de impacto à saúde do trabalhador. Compreendemos assim, que somente através de um trabalho articulado e sistemático das vertentes de assistência e vigilância, incluindo nesta a educação em saúde, será possível uma nova forma de enfrentamento do processo saúde/doença e trabalho.

4.3.4 - ANÁLISE DAS DISCUSSÕES DE GRUPO

Nesta pesquisa trabalhamos com usuários com diagnóstico clinicamente estabelecido de LER/DORT, que fazem tratamento no CRST/ES, mais precisamente no grupo Qualidade de Vida, espaço onde seria possível, a partir da ótica do usuário, compreender a abordagem das LER/DORT empreendida pelo Centro de Referência.

O processo de discussão no grupo apesar de ser um procedimento complementar às entrevistas, apontou questões centrais, para o desenvolvimento da pesquisa.

O grupo Qualidade de Vida tem tido como objetivo, focalizar discussões a respeito da relação processo de trabalho, saúde e doença, visando favorecer a exposição de dúvidas, tanto sobre os aspectos do desenvolvimento do quadro clínico apresentado pelos usuários do Centro, como em relação as questões trabalhistas e previdenciárias. Deste modo, ao aglutinar num mesmo espaço indivíduos que compartilham da mesma problemática, propicia uma reflexão sobre a realidade vivida. Sentimentos que eram antes vivenciados na

perspectiva individual, são ressignificados para, a partir daí, construir formas coletivas de enfrentamento da doença. Neste sentido, realizar a discussão da abordagem das LER/DORT empreendida pelo Centro de Referência num grupo com estes objetivos e propostas se configurava num elemento importante para fins da pesquisa e na alternativa acessível no momento.

Este trabalho vem sendo desenvolvido no CRST, sob a coordenação de assistentes sociais e psicólogos, aberto a todos os usuários com diagnóstico ou suspeita de doença ocupacional, sendo a participação opcional. São realizados de 4 a 5 encontros um a cada semana, podendo ser ampliado o número de encontros, tendo em vista que apesar de o trabalho apresentar uma estrutura básica, esta pode sofrer modificações, conforme a necessidade ou características de cada grupo.

O grupo com o qual trabalhamos em conjunto com a psicóloga, era formado inicialmente por 10 participantes, sendo que na última reunião compareceram 7 pessoas, todas tinham diagnóstico confirmado de LER/DORT, com exceção de uma pessoa, pois seu caso ainda estava em avaliação. Ao todo foram 4 encontros ocorridos em novembro/2000, com duração de aproximadamente 2 horas cada.

A estrutura básica de temas para discussão no grupo manteve-se, porém, formulamos questões mais precisas, para focalizar o objetivo da pesquisa, conformando dados complementares às entrevistas individuais realizadas com os profissionais do CRST/ES.

O grupo se caracteriza pela presença expressiva de mulheres, sendo somente 1 participante do sexo masculino. A faixa etária, variava entre 35 a 53 anos, residentes nos municípios de Vitória, Cariacica e Vila Velha, que fazem parte da Região Metropolitana da Grande Vitória. Os pacientes informaram, que chegaram ao CRST/ES por indicação de colegas ou parentes próximos, e no grupo Qualidade de Vida, encaminhados pelos próprios profissionais do Centro de Referência.

A maior parte dos membros do grupo desenvolviam suas atividades laborativas vinculadas ao setor de serviços, com exceção de 3 participantes que trabalhavam em indústrias, exercendo as seguintes funções: 1 auxiliar de loja, 1 escritã de polícia, 1 auxiliar de enfermagem, 1 professora, 1 operadora de máquina, 1 agente administrativo, 1 caixa, 1 auxiliar de secretaria, 1 repositora e 1 costureira. Ressalta-se que uma participante estava desempregada e anteriormente trabalhou num supermercado, enquanto outra era aposentada, tendo trabalhado em secretaria de escola.

No que se refere ao tempo de trabalho na função, constatou-se uma variação entre os membros do grupo. O tempo mínimo foi 2 anos e o máximo 18 anos. Observamos que os relatos referem-se a um acentuado tempo de exposição na mesma função, como a de professora, a de agente administrativo e a escritã, com respectivamente 18, 15 e 13 anos.

Em relação ao tempo de tratamento no Centro de Referência, o período variou, sendo em média 8 meses, porém existem pessoas com 2 meses e até aproximadamente 5 anos de tratamento. Neste contexto, algumas iniciaram e o interromperam por motivos múltiplos. A participante que estava em tratamento há 5 anos iniciou seu tratamento no período no qual ainda não existia o CRST/ES, e sim o PST da Prefeitura de Vitória, que desenvolvia atividades similares ao CRST/ES.

Deve-se destacar um aspecto que foi observado, no que se refere ao afastamento do trabalho. Dos 10 participantes do grupo somente 2 estão no exercício da atividade laboral, que é considerado um facilitador no processo de recuperação, como também para a participação nas atividades desenvolvidas pelo Centro. Os usuários que estão afastados com vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, tiveram sua doença comunicada ao INSS através da CAT, os outros enquanto funcionários públicos estatutários, a notificação da doença ocorre através dos instrumentos próprios dos órgãos aos quais estão vinculados.

No primeiro encontro, utilizamos uma dinâmica de apresentação no qual as pessoas falavam o nome, a profissão, como chegou ao Centro, enfim um pouco de sua trajetória de vida. Solicitamos que escrevessem três qualidades e apresentassem para o grupo. No final

estes papéis foram recolhidos num envelope e cada participante tentaria identificar de quem eram os atributos ali descritos. Esta dinâmica visava ressaltar a percepção que as pessoas tinham de si mesma, valorizando suas qualidades. Neste encontro foram ouvidas as expectativas do grupo e comparadas com as perspectivas de discussões que procurávamos alcançar. Nesse momento, apresentamos o objetivo da pesquisa e a importância do grupo neste processo de estudo. Solicitamos autorização para a gravação das reuniões, a qual foi concedida sendo também discutido e estabelecido acordos para o funcionamento do grupo.

No encontro seguinte discutimos sobre o processo saúde-doença, a concepção de LER/DORT e sua relação com a organização e condições de trabalho. O terceiro encontro, realizamos uma reflexão a respeito da abordagem das LER/DORT no CRST/ES e a culpabilização dos trabalhadores pelo acometimento da patologia. Na última reunião tratamos das perspectivas e saídas encontradas para lidar com a doença. É importante esclarecer que os temas definidos com o grupo se entrelaçavam no decorrer dos encontros.

Nas discussões os participantes destacam que a falta de informação a respeito da doença, desde o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, em muitos casos, implicou em diagnósticos tardios, agravando um problema que poderia ter sido previsto.

“...há dois anos venho sentindo dor no braço, o médico me dava atestado, me dava 15 dias e ia para casa. Um dia o médico me falou que eu tinha que me afastar. Eu falei, só o atestado eu não quero, se você não falar o que eu tenho”. (S. auxiliar de loja)

“...faz uns 3 anos que sinto dor, só que fui num ortopedista e disse que é coluna. Tudo tava normal, mas tava doendo”.(D. professora)

“Eu trabalho há 9 anos na B, trabalhava agora estou afastada. Eu ia na doutora ela me passava remédio e falava que melhorava, passaram 5 anos eu fui pegar a base conical, para por na máquina, aí deu um estalo no meu braço, aí desci e fui falar com a doutora, ela falou assim, que era assim mesmo, eram os tendões que estavam inflamados, mas depois melhoravam, aí voltei para a seção[...]trabalhando mais 3 anos aí aconteceu de novo né, fui tirar as espulas da máquina, o mesmo braço[...]aí ela falou bem assim que eu tinha que continuar trabalhando[...]como eu não tinha mais braço para operar a máquina eu passei a usar esse braço e esse só auxiliando, passei a ter problemas nesse. Fui tirar a bobina com esse braço aí não

aguentei mais, aí não aguentava nem movimentar os dedos, aí fui afastada”. (E. operadora de máquina)

Nos relatos verifica-se, como o direito à informação é desrespeitado, inclusive com omissão de diagnóstico, compactuado por uma medicina atrelada a lógica patronal. A desinformação associada à demora na atenção à saúde do trabalhador, repercutiu assim no agravamento da doença.

Entendemos, que compete aos profissionais envolvidos no atendimento e não somente médicos, fornecer informações necessárias ao usuário sobre a sua saúde e seus direitos. Deste modo, Mendes (1995 apud Carloto, 2000), considera que a informação em saúde é fundamental para a gestão dos serviços no contexto da Saúde do Trabalhador, pela interface entre o setor saúde, a Previdência Social e as lutas dos trabalhadores pela transformação dos ambientes de trabalho, assegurando mais vida e saúde.

Nesta contexto, o Centro de Referência é compreendido pelos participantes neste caminho percorrido, como um local que desvelou sua dor e sofrimento, através do diagnóstico de LER/DORT. Assim como os encaminhamentos necessários para o registro da doença, através da solicitação da CAT, as orientações e informações a respeito do tratamento da doença.

“Eu aceitei o tratamento porque ela me deu um atestado e um laudo. Iniciei o tratamento, pois foi o único lugar que falou para mim o que eu tinha e que sempre que eu preciso, sabe, eu sou bem atendida...”
(S. auxiliar de loja)

Ao relacionar este depoimento com o anterior, da operadora de máquina, nos remete a um relato de um médico no momento da entrevista, quando coloca a liberdade que o profissional no Centro de Referência tem de explicitar claramente para o paciente seu diagnóstico, diferente da ótica da empresa privada, onde existem vários complicadores para a explicitação donexo causal da doença para o funcionário que está atendendo.

Todas essas observações nos fazem refletir a respeito da importância da abordagem das LER/DORT no Centro de Referência, devido ao seu papel na veiculação de

informação, como também da notificação de casos novos. Ao observar a demora na atenção dentro da empresa, acentuando o quadro clínico da doença, refletimos acerca da necessidade de uma atuação mais ativa, através da articulação com entidades sindicais e outras parcerias, para a prevenção da doença e divulgação das atividades do Centro, referenciando casos para atendimento. Esta atuação conjunta contribuirá efetivamente para as ações de vigilância que, através da busca ativa, poderá identificar possíveis casos da doença, assim como, efetuar ações nos ambientes de trabalho, possibilitando a preservação da saúde do trabalhador.

Em certos momentos, alguns trabalhadores enfatizam a importância do afastamento do trabalho, para que possam fazer o tratamento no CRST/ES, devido à dificuldade de liberação da empresa para o trabalhador se ausentar durante o período de trabalho.

“Comecei a fazer o tratamento aqui, aí a encarregada falou que não pode ficar saindo, que eu estava prejudicando. Eu só retornei depois que me afastei de novo”. (E. operadora de máquina)

“Todo tempo que tive que trabalhar tive afastada daqui, porque eu não tinha tempo para fazer dentro do horário do serviço a fisioterapia”.
(R. escritã de polícia)

Por outro lado, o afastamento é temido, devido à discriminação que sofrem ao voltar a desempenhar suas atividades laborais. O preconceito, a cobrança das pessoas que desacreditam na doença e mesmo as brincadeiras, constantemente percebidas nas relações de trabalho e pessoais, reforçam no trabalhador acometido de LER/DORT, o sentimento de culpa, humilhação, marginalização, preferindo se sujeitar a um trabalho que acelera seu processo de adoecimento do que o afastamento do mesmo.

“Eu não queria me afastar, eu vi as pessoas que estavam com esse problema, eram muito discriminadas. A lerdeza tá chorando, colocam apelido. É uma dor escondida você não pode falar...”(E. operadora de máquina)

Os participantes do grupo, ao descreverem, a sua forma de agir e se envolver com o trabalho, ressaltam a dedicação, a submissão à pressão no trabalho, o empenho, como

formas de garantia do emprego, de contribuição com a empresa ou instituição, à qual estão vinculados, visando a continuidade do trabalho.

De acordo com Dejours (1999) os trabalhadores se submetem a condições de trabalho precarizadas, sem a existência de um movimento coletivo de luta contra esta situação de trabalho, devido o surgimento do medo. Estes temem as demissões e continuam a trabalhar mesmo estando doentes e enquanto possuem condições para exercerem suas atividades laborais.

Diante destas observações, uma questão surge. Será as LER/DORT uma doença do medo ou agravadas pelo mesmo? Desta forma alguns depoimentos são exemplares:

“Tinha dificuldade de procurar médicos, já sentia os sintomas, mas com medo de perder o emprego, foi preciso uma amiga marcar a consulta pra mim”. (S. auxiliar de loja)

“Era para trabalhar na máquina duas pessoas, e eu tava sozinha, eu tinha que dar tudo de mim, ou então ia para a rua...”(E. operadora de máquina)

“Sou obrigada a fazer hora extra, obrigada a trabalhar 3 meses, 4 meses sem folga”.(E. operadora de máquina)

“...com o afastamento de alguns funcionários eu também tive que dobrar o meu serviço...aí eu fui levando e com isso dando prosseguimento ao meu trabalho, tava sentindo dores...”(A . caixa)

Uma outra questão que apontamos nestes relatos, refere-se às características dos trabalhadores que são mencionadas na relação com o trabalho. Essa total disposição para o trabalho se reverte em proveito da própria organização do trabalho, que utiliza a pressão, a valorização de tais atributos, como qualidades em relação ao comportamento de outros trabalhadores, alcançando assim mais facilmente seus objetivos.

Deste modo, consideramos que a manipulação da gerência através da ameaça de precarização, associada à concorrência entre os trabalhadores pela busca de emprego, intensificam o trabalho. Sendo assim, os trabalhadores vivem constantemente com medo de uma possível demissão, apresentando diversos tipos de condutas, favorecedoras da

produção. Neste sentido, ressalta Dejours (1999: 52) que o “*medo é permanente e gera condutas de obediência e até de submissão. Quebra a reciprocidade entre os trabalhadores, desliga o sujeito do sofrimento do outro, que também padece, no entanto, a mesma situação.*”

Temos conhecimento e os depoimentos reforçam o pressuposto, que o surgimento e agravamento da doença está relacionado a atual conjuntura sócio-econômica, que privilegia o desenvolvimento da exploração da força de trabalho, onde os trabalhadores tentam manter-se no mercado, mesmo que submetidos a serviços precários, sendo as LER/DORT um dos seus reflexos diretos, principalmente nos setores de produção industrial e serviços.

Um outro aspecto comum que permeia a fala dos trabalhadores, é quanto ao processo de afastamento e retorno ao trabalho. O afastamento propiciou, uma maior disponibilidade para o tratamento, apesar de pretenderem retornar ao trabalho. Entretanto, o retorno se constituiu num processo angustiante, devido a situação de desvio de função, como se observa nestes relatos.

“O meu desvio de função eu fui jogada numa sala onde guardava armas do crime, tem duas portas gradeadas eu era mais guardada que um ladrão, entendeu? Ali eu era mandada pelos peritos, recebia todas as armas pesadas, catalogava, coloca nos armários altos. Esse desvio de função foi isso, eu saí do meu lugar onde eu tinha autonomia e fui jogada nos cantos da polícia[...]Sou escritã de polícia, fui jogada, agora sou office-boy, nem isso”.(R. escritã de polícia)

“Quando eu voltei, aí foi pior, voltei pelo desvio de função onde estou até hoje, vai fazer um ano. Só que nessa escola eu sou vaquinha de presépio, eu não pego mais nada, então é assim, precisa de um copo d’água, aí eu vou lá pego um copo d’água e levo. A professora precisa ir no banheiro D, fica lá em pé na sala, isso não dói a mão. Hoje eu tô numa situação que eu não sei o que eu faço da minha vida....”
(D. professora)

Estes relatos demonstram a problemática da readaptação ao trabalho, principalmente em relação ao servidor público. De acordo com o Regime Jurídico Único - RJU, quando um funcionário está incapacitado, física ou mentalmente para desenvolver as atividades

que são de sua competência, é assegurado a ele o direito a ser readaptado em funções compatíveis com as suas limitações e em atividades correlatas às que exercia anteriormente (Nunes, 1998).

O processo de readaptação no setor público é diferente do setor privado, não tendo nenhum tipo de atenção nesta área, pois não conta, como na iniciativa privada, com a assistência do INSS. Esta também merece ressalvas no serviço prestado, devido não realizar atividades que realmente atendam aos interesses do trabalhador e sim atuar enquanto um órgão segurador, que em última instância objetiva a redução dos “benefícios” de seus segurados.

A readaptação deve ser entendida no contexto da crise capitalista na sociedade contemporânea, da qual a reestruturação produtiva e o neoliberalismo são expressão, desencadeando conseqüências para o mundo do trabalho. Do trabalhador em processo de readaptação é exigido uma adequação a situações de trabalho, onde a desqualificação profissional, perda de autonomia, a descrença na doença, são constantemente observados.

Desta forma, a readaptação significa não só a limitação física, que dificulta ou impossibilita o exercício da atividade, mas como um retrocesso para os trabalhadores devido à perda do reconhecimento profissional ao assumirem funções menos valorizadas social e institucionalmente, conforme apresentado nos relatos. Essa situação de reinserção no trabalho, desencadeia sentimentos de inutilidade e angústia, repercutindo negativamente na recuperação do trabalhador.

Nos casos apresentados, a readaptação, se assim pode ser designada, se configurou num processo de desvio de função extremamente degradante, tanto no sentido profissional como pessoal. As posturas evidenciadas sugerem práticas institucionais que vão engendrando sentimentos de marginalização e humilhação, devido à incapacidade adquirida através do adoecimento. Verificamos assim, a ausência de políticas de readaptação por parte dos órgãos públicos, para os servidores portadores de doenças do trabalho, relegando-os às atividades que não possibilitarão o desenvolvimento de seu

potencial, pois entendemos que, apesar das limitações impostas pela doença, este profissionais continuam sendo produtivos em outras atividades.

Diante destas questões, destacamos a urgência da discussão do processo de retorno ao trabalho dos usuários que se encontram em tratamento no CRST/ES. Considerando que a readaptação tem surgido como um grave problema, principalmente no setor de serviços, de onde se origina a maior parte da demanda dos casos de LER/DORT atendidos no Centro e, mais especificamente, do setor público, entendemos que esta questão necessita de ser avaliada, tanto no âmbito das atividades do Centro, como através da realização de uma articulação sistemática com sindicatos e instituições voltadas para a Saúde do Trabalhador, objetivando uma melhor e adequada reinserção profissional.

A integração interinstitucional nos serviços de saúde é uma possibilidade apontada, não somente para a readaptação profissional, como para a recolocação no mercado do portador de LER/DORT, que se encontra desempregado ou na eminência do desemprego, devido sua situação de incapacidade, numa sociedade competitiva onde são considerados improdutivos.

Seligmann-Silva (1997), ao discutir a relação do desemprego prolongado com a saúde psicossocial, sugere esta integração intersetorial, como possibilidade para a superação da situação de desemprego, que repercute no rompimento de laços de sociabilidade e em desgaste da saúde dos desempregados.

Discorrendo ainda sobre o retorno ao trabalho, um aspecto relevante são os relatos de usuários, que após um período de afastamento, ou os que estão em atividade, apesar do laudo emitido pelo Centro de Referência sobre a doença, continuam exercendo a mesma função, sem nenhuma alteração no processo de organização do trabalho.

A esta assertiva, relacionamos os dados do levantamento quantitativo realizado, nos quais constatamos que (56,1%) dos casos de LER/DORT atendidos no Centro não estão afastados do trabalho, continuando no exercício de suas atividades laborais.

Nesta direção, assinalamos a importância do atendimento ao trabalhador no Centro estar associada à Vigilância em Saúde do Trabalhador, pois o tratamento não implicará em resultados se não houver mudança nas condições e relações de trabalho.

“...eu não tenho movimento nos braços mais[...]continuei com a mesma coisa, máquina, não mudou mesmo”.(E. operadora de máquina)

No que diz respeito especificamente ao processo de recuperação da doença, os trabalhadores fazem referência ao tratamento fisioterápico, principalmente em relação à dificuldade de vagas, como também, a incompatibilidade de horário do trabalho, com o atendimento. Desta maneira, muitos acabam fazendo a fisioterapia através de convênios, com anuência dos profissionais do Centro.

Portanto, se partimos do pressuposto que a abordagem das LER/DORT, no Centro de Referência, tem um diferencial em relação às práticas desenvolvidas nos serviços privados de saúde e em função disso, a fisioterapia, ao ser realizada no Centro, pode contribuir para um repensar da doença, através da intervenção em conjunto com outros profissionais, conforme explicitado pela fisioterapeuta, como um momento de “*escuta do paciente*”. É sugestivo então, diante do exposto, que sejam realizados esforços para que os usuários tenham acesso a este tipo de tratamento no próprio Centro.

Uma outra questão que emergiu no grupo, refere-se à solicitação de exames, como um processo gerador de estresse no trabalhador.

“...marquei a ultrassonografia, tem mais de um mês[...]eu já tô estressada esperando eles me ligar, que eles falaram que vão me ligar, pra mim fazer a ultrassonografia, eu tô estressada porque se eu tivesse dinheiro eu já teria feito[...]acho que isso tudo faz muito mal à saúde da gente, né.”(A . costureira)

Nesta direção, encontramos na pesquisa de Carloto (2000) apontamentos sobre esta questão da solicitação de exames pelo médico, pois fica subentendido para os trabalhadores, que é através deles, que se vai provar a concretude de suas queixas e sintomas, relacionadas ao trabalho. Por outro lado, existe uma cultura instituída que a conduta médica boa é a que solicita exames complementares para o diagnóstico preciso. A

angústia e ansiedade nos trabalhadores vão ocorrer principalmente quando os profissionais da empresa ou INSS se negam a reconhecer a doença através do exame clínico. Acrescenta-se a este fato, como foi exposto no relato, a dificuldade para a realização de exames na rede pública, como também o impedimento de não possuir recursos financeiros para custeá-los.

Em relação ao tratamento, os pacientes que participaram do grupo, em sua maioria, passaram pelas atividades terapêuticas periodicamente no Centro de Referência, com exceção da acupuntura. Desta forma, suas considerações a respeito da abordagem das LER/DORT, nos permitiu compreender, a partir do olhar dos usuários, a relevância do Centro, neste caminho de busca para o enfrentamento da doença.

Ao longo destas considerações, constatamos as seguintes referências em relação a abordagem das LER/DORT, desenvolvida pelo Centro.

“Eu estava afastada, mas eu voltei prá cá, mesmo porque eu sinto segurança, eu vou num médico mas o médico não me apresenta[...]um apoio nenhum, aí eu voltei para cá, porque eu sei que aqui tem todo o pessoal qualificado[...]o tratamento de vocês me transmite segurança, força[...] vocês tem conhecimento de todo o ângulo do nosso problema, o familiar, o profissional, o físico, entendeu, você vai num médico comum, ele não tem essa visão...”(R. escritã de polícia)

“O Centro de Referência, é uma referência que eu tenho quando eu me sentir sozinha, eu me sentir dando murro em ponta de faca sozinha, aqui tem pessoas que podem caminhar comigo...”(R. escritã de polícia)

“O primeiro bloqueio foi péssimo[...] minhas dores aumentaram, foi pelo convênio, aí como a médica quis saber, como tinha sido[...] quando eu falei para ela como tinha sido o bloqueio, ela olhou para mim e disse que não queria que eu fizesse com ele entendeu[...] eu não discuto quando ela fala não, depois do segundo bloqueio agora que eu não discuto mais, o segundo bloqueio foi com o médico daqui, aí você me pergunta, você fez aqui? Não, eu fiz com o médico daqui pelo plano, tá, mas o tratamento do médico daqui foi completamente diferente...”(S. auxiliar de loja)

“Tem me ajudado muito a entender a doença[...] lá em casa eu sou sozinha para fazer as coisas, então eu sei como fazer, começo a fazer uma coisa devagar então começo a doer, eu dou uma parada...”(D. professora)

“O grupo ajudou e muito, tanto que eu já não penso que a doença é da minha cabeça, porque no ouvir as colegas e vocês falar, eu já estou aprendendo a perceber os sintomas da doença...”(D. professora)

Estes relatos informam, que o Centro de Referência representa um espaço de apoio, suporte, onde vivências solitárias da doença são ressignificadas, através das atividades desenvolvidas e principalmente dos grupos. Permitindo ainda, informações sobre a doença, melhoria no relacionamento familiar, além de formas de prevenção para que não ocorra progressão do quadro clínico. Apontam como um local especializado, devido à qualificação dos profissionais e a postura diferenciada que desenvolvem no atendimento dos pacientes, ao procurarem fazer uma abordagem biopsicossocial.

Cumpra porém situar, as diferentes saídas encontradas para enfrentar a doença. Observa-se por um lado, uma mudança de postura para aqueles que pretendem retornar ao trabalho, ao se posicionarem que seus limites sejam respeitados e outras perspectivas de trabalhar em atividades distintas das quais exerciam ou mesmo apontando a perspectiva de continuarem os estudos.

No entanto percebemos nos participantes do grupo, a falta de clareza quanto aos fatores determinantes da doença, sendo a culpabilização muito presente nos depoimentos. Inclusive, esta situação foi observada em pessoas, que já passaram pelas alternativas terapêuticas, que também visam a discussão desses fatores, principalmente a organização do trabalho.

“...a culpa é minha, no final do ano quem trabalha no comércio, tem que trabalhar com vontade.. Eu fiquei porque eu quis, não sou obrigada”.
(S. auxiliar de loja)

Mais adiante, num outro encontro, esta participante assim relata.

“...eu achava que o jeito que eu trabalhava era certo, na medida que eu converso com vocês aqui, que eu falo tudo, que eu vejo, que não é como eu pensava né, é mas você gosta do que você faz, gosto, mas eu tenho que gostar de mim também, talvez se eu tivesse tomado os cuidados eu não estaria com o braço estragado, entendeu?” (S. auxiliar de loja)

Percebe-se que em determinado momento houve uma mudança na forma de pensar e de agir em relação às LER/DORT, porém continua atribuindo a si o acometimento da doença.

Entendemos que a compreensão das LER/DORT e da ideologia de culpabilização imputada ao indivíduo, está relacionada ao processo de organização do trabalho. Podemos dizer neste contexto, que a “culpa” precisa ser analisada com mais profundidade, pois esta pode ser entendida como uma forma de defesa frente a um sofrimento que nos remete para a análise da Psicodinâmica do Trabalho.

Neste ponto, nos parece que a abordagem das LER/DORT, nas atividades desenvolvidas no Centro, como nos grupos de Qualidade de Vida, possibilitam informações, o resgate da auto-estima, a busca de saídas; mas, tais atividades poderiam ser potencializadas, através de um trabalho integrado entre os profissionais, assim como, através de ações que antecedam o surgimento da doença. É fundamental que se ultrapasse a perspectiva da assistência através de um envolvimento maior da equipe em ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Deste modo, o Centro de Referência ao desenvolver um trabalho articulado, visando redirecionar suas ações, não somente no âmbito da assistência como necessariamente para à prevenção, poderá contribuir para que o trabalhador se situe como sujeito neste processo, compreendendo o real significado das LER/DORT no mundo do trabalho, e assim, elaborando formas de defesa contra o adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender a abordagem de determinadas formas de adoecimento, é preciso contextualizar seu surgimento. As LER/DORT são características de sociedades industrializadas, que submetem os trabalhadores a condições e ambientes inadequados de trabalho. No Brasil, o processo de industrialização ocorreu tardiamente, se conformando num país de economia periférica, onde os efeitos do processo de acumulação flexível aparecem distintos e contraditórios em relação aos países centrais. Nestes, os impactos advindos desse processo, não tem sido tão perversos, pois os direitos sociais e trabalhistas já estavam institucionalizados.

Numa sociedade excludente, como a brasileira, que apresenta uma grave crise econômica e social, marcada por baixos salários e concentração de renda, onde os direitos sociais não são exercidos, este conjunto de situações manifesta-se de imediato, na vida e na saúde dos trabalhadores, gerando processos de adoecimento.

Para a compreensão do adoecimento nos processos de produção é preciso ressaltar que a doença sempre foi uma preocupação do Estado e da sociedade, desde sua etapa mercantilista à industrialização, tendo em vista o controle de quaisquer processos que dificultassem o crescimento econômico. Haja visto, o surgimento da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional como explicitamos anteriormente. Contudo, percebe-se que a preocupação não se centrava na saúde do trabalhador de uma forma ampliada, mas sim na sua recuperação para o processo produtivo.

A partir das décadas de 80 e 90, com as novas formas de organização do trabalho, quais sejam, o toyotismo e a acumulação flexível que se constituem numa etapa avançada de exploração do trabalhador, agravam-se as condições de vida e saúde dos trabalhadores. Na medida em que aumenta o uso da mão-de-obra em tempo parcial, temporário, ou subcontratado, diminuem-se os salários, aumenta-se o desemprego, sendo as questões referentes à saúde do trabalhador minimizadas.

Diante da atual conjuntura sócio-econômica que privilegia o desenvolvimento de exploração da força de trabalho, os trabalhadores tentam se manter no mercado de

trabalho, ainda que para que isso tenham que se submeter a serviços precarizados, tanto em relação às condições de trabalho, quanto à perda dos direitos sociais, o que favorece efetivamente o processo de adoecimento.

A qualidade de vida e a saúde da população é marcada por todo esse processo de reestruturação produtiva e flexibilização das relações de trabalho, que intensificam o desgaste dos trabalhadores. A introdução de novas formas de gestão da força do trabalho, imprime a necessidade da qualidade no produto e aumenta a produtividade, ocasionando riscos e agravos à saúde do trabalhador, tais como as LER /DORT que têm apresentado um crescimento acentuado nas estatísticas do INSS e Serviços de Saúde do Trabalhador.

Deste modo, entendendo as LER/DORT, a partir do enfoque da produção da doença no contexto da organização do trabalho, buscamos realizar o estudo acerca da abordagem da doença no CRST/ES, pelo fato deste representar uma porta de entrada dos trabalhadores com queixas de doenças relacionadas ao trabalho, dentro do sistema público de saúde, se constituindo numa fonte de dados considerável sobre a abordagem de LER/DORT no Estado.

Os dados que obtivemos no levantamento quantitativo da pesquisa, nos permitem perceber a magnitude do problema a ser enfrentado na atual conjuntura. Apesar de não representarem dados de incidência ou prevalência na população trabalhadora do Estado, mostram uma situação cada vez mais agravante do quadro de LER/DORT.

Os dados do SIAMAB/99, além de demonstrarem o perfil dos usuários portadores de LER/DORT no CRST/ES, informando a relevância da doença no mesmo, apontam também, que o Sistema de Informações está estruturado no quantitativo de atendimentos, não apresentando uma relação com as ações de vigilância e educação em saúde decorrentes destes. Revela-se assim, não só, uma dificuldade de articulação das vertentes de atuação, como à necessidade de uma atuação na perspectiva de prevenção. Mesmo porque é possível deduzir, que essa procura de atendimento dos usuários com queixas de LER/DORT no Centro de Referência, pode estar associada à dificuldade de conviver com a

doença cotidianamente, buscando a única saída acessível, que compreende o tratamento e a assistência proporcionados pelo Centro.

Ao nos reportarmos ao grupo de discussões, percebemos nas falas das participantes que o Centro é entendido como um espaço de apoio, solidariedade, e que as atividades possibilitam, informações e a busca de saídas para o problema, porém, a dificuldade de realização de atividades integradas, impede que este tipo de discussão perpassasse todas as vertentes de atuação do Centro e que favoreça meios ao usuário de se situar enquanto um sujeito capaz de mudanças, para uma melhor qualidade de vida e trabalho.

Desta maneira, ao chegar ao final deste trabalho, entendemos que grande parte do olhar e do intervir na questão das LER/DORT é fortemente influenciado pelo modelo biologicista, conforme a própria legislação que regulamenta onexo da doença, diagnóstico e tratamento. Sabemos que o olhar e o intervir em maior ou menor grau acabam sendo reproduzido nos CRST's. Deste modo, constatamos que esta temática não se esgota nesta pesquisa, não sendo esta também nossa pretensão. Entendemos que existem lacunas que poderão ser preenchidas em estudos posteriores.

Assim, acreditamos que as principais contribuições desta pesquisa para o CRST/ES, consiste: no desvelar das diferentes leituras e abordagens em relação às LER/DORT e o contexto onde se inserem, apontando para a necessidade de superação do olhar fragmentado da doença, buscando incorporar a organização do trabalho nas ações de atenção à saúde do trabalhador; na necessidade de avançar nas ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador, procurando uma intervenção concreta na relação saúde/trabalho, através de ações de vigilância e educação em saúde.

Para encerrar estas considerações, conforme o observado e os depoimentos demonstraram, a uniformidade da assistência aos portadores de LER/DORT é um desafio, assim como, a intervenção ativa nos ambientes de trabalho visando a prevenção da saúde e a readaptação social dos trabalhadores.

Os depoimentos sugerem que existem limites nas ações desenvolvidas no CRST/ES que necessitam ser discutidos pelos profissionais. Temos entendimento que a limitação maior está dada pela ausência de ações de promoção e prevenção da saúde – uma atuação anterior à instalação da doença. As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, precisam ser fortalecidas através do envolvimento dos profissionais e da realização de parcerias com sindicatos e instituições relacionadas à área, buscando à prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador calcada na ergonomia e na psicodinâmica principalmente, permite entender o processo de culpabilização apontado nos depoimentos, compreendendo como os trabalhadores se auto aceleram, como se submetem às pressões da organização do trabalho. Sabe-se que o trabalho exige das pessoas e estas por sua vez, enfrentam sofrimentos e medos cotidianamente para permanecerem no mesmo. A precarização do trabalho acarreta efeitos na saúde do trabalhador, aumentando o seu sofrimento. A “culpa” mencionada, pode significar uma forma de percepção da participação do trabalhador no processo de adoecimento no trabalho. Isto nos leva a pensar que a Psicodinâmica do Trabalho parece central para contribuir no sentido da produção de estratégias de defesa. Uma outra questão importante para a atuação da vigilância, seria a utilização de instrumentos para o levantamento das condições de trabalho na empresa, significando um fato importante para à melhoria das condições e organização do trabalho.

Enfim, temos clareza que o fio condutor da prática em Saúde do Trabalhador, é a superação da atuação fragmentada e direcionada para a assistência buscando a construção de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, intervindo nas causas e conseqüências dos fatores desencadeantes das LER/DORT. Sabemos que construir a unidade a partir da diversidade, é um desafio que precisamos enfrentar. Entender a diversidade de saberes que permeiam a prática institucional no CRST/ES é necessário para que se construa um novo pensar e um novo agir em Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M.C.F., 1998. **O Trabalhador sem seu trabalho**: um estudo sobre a identidade de bancários afastados do trabalho por lesões por esforços repetitivos. Vitória: DPSO/UFES.
- ANTUNES, R., 1995. Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível. In: **Adeus ao Trabalho?** São Paulo. Universidade Estadual de Campinas.
- , 1999. **Os Sentidos do Trabalho**. Ensaio sobre afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo.
- ASSUNÇÃO, A. A. & ROCHA L. E., 1994. Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: BUSCHINELLI, T. et al. **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, p.461-493.
- BECKER, H., 1999. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC.
- BORGES, L. H., 1999. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos**: estudo de caixas bancários. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.
- BOURGUIGNON, D. R. et al, 1998. Implantação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Pesquisa da UFES**. Vitória/ES, n.7, p.139 - 145.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado.
- . Ministério da Saúde, 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde.
- . Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social, 1991. **Lesão por esforços repetitivos (LER)**. Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade. Brasília, 1991.
- , Ministério da Saúde, 1998. **Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS**. Portaria nº 3.120, de 30 de outubro de 1998.
- , 1998. Norma Técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho - DORT. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. Seção 1.
- , 2000. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões por esforços repetitivos: LER/DORT distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde.

- _____, 2001a. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por esforços repetitivos (LER) e Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Brasília: Ministério da Saúde, (A Normas e Manuais Técnico, 103).
- _____, 2001b. Ministério da Saúde, 2001. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT**. Brasília: Ministério da Saúde, (A Normas e Manuais Técnico, 105).
- BRITO, J.C. & PORTO, M.F.S., 1991. **Processo de trabalho riscos e cargas à Saúde**. Rio de Janeiro: CESTEH/ ENSP/ FIOCRUZ. Mimeo.
- BRITO, J. C. de & OLIVEIRA, S., 1997. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: : SILVA FILHO, J. F. da & JARDIM, S. [orgs] **A danação do trabalho: Organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá, p. 245-263.
- BRITO, J.C. de, 1999. **Saúde, trabalho e modos sexados de viver**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CANGUILHEN, G., 2000. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CAPONI, S., 1997. Georges Canguilhem y el estuto epistemológico del concepto de salud. **História, ciências, saúde**. [s.l.]: v. 5, n. 2, p. 287 – 307, jul./out.
- CARLOTO, C.M., 2000. **Saúde da Trabalhadora: Doenças não reconhecidas e sofrimento**. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC- S.P
- CODO, W. (org) & ALMEIDA, M.C.C.G. de (org), 1997. **LER. Diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Petrópolis: Vozes.
- COSTA, D. F. et al. 1989. **Programa de saúde dos trabalhadores. A experiência da zona norte: Uma alternativa em saúde pública**. São Paulo, HUCITEC.
- COSTA, L.P.E e SODRÉ, F. et. al., 1998. **A experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a prática do Serviço Social**. Vitória/ES. Mimeo.
- CRU, D., 1987. **As regras do ofício**. Paris: AOCIP, Trad. Mimeo.
- CUNHA, C.E.G. da, 1992. LER: Lesões por esforços repetitivos revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: FUNDACENTRO, v. 20, n. 76, p. 47-58, jun./dez.
- DANIELLOU, F. et al, 1989. Fixação e realidade do trabalho operário. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 68 v. 17, p. 7-13.

- DEJOURS, C., 1986. Por um novo conceito de saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. N. 54, v (14):7-11.
- , 1988. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré.
- , 1992. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: **O indivíduo na organização**: Dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas.
- , 1994. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas.
- , 1999. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E., 1994. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo, Atlas, p.119-143.
- DESLANDES, S et al, 1994. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes.
- DIAS, E. C., 1994. **A atenção a saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.
- DINIZ, C. A. & FERREIRA JUNIOR, M., 1998. Prevalência de sintomas músculo-esquelético em operadores de checkout em supermercados. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: FUNDACENTRO, v. 25, n. 93/94, p. 75-91.
- ECHTERNACHT, E. H. de O., 1998. **A produção social das Lesões por Esforços Repetitivos no atual contexto da reestruturação produtiva**. Tese de Doutorado. COOPE/UFRJ.
- ESPÍRITO SANTO (Estado), 1998. Secretaria de Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Relatório SIAMAB** [Sistema de Informação de Atendimento Médico Ambulatorial]. Vitória/ES: CRST/ES.
- . 1999. Secretaria de Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Relatório SIAMAB** [Sistema de Informação de Atendimento Médico Ambulatorial]. Vitória/ES: CRST/ES.
- FILHO, F. & SANTOS, N., 1997. Manual de análise ergonômica do trabalho. 2. ed. Curitiba: Gênese.
- FLEURY, A. C. e VARGAS, N., 1983. Aspectos Conceituais da Organização do trabalho. A Obra de Taylor e a Administração Científica do Trabalho e a Obra de Ford e a linha de Montagem. In: **A Organização do Trabalho**. São Paulo: Atlas.

- FOUCAULT, M., 1993. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, cap.V, p.79-98.
- FRIAS JUNIOR, C. A. da S., 1999. **A saúde do trabalhador no Maranhão**: uma visão atual e proposta de atuação. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- GARBIN, A. de C. et al, 1998. Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. **Cadernos de psicologia social do trabalho**. v.1, n.1, p. 43-55.
- GOMES, C. M. et al, 1995. **Trabalho e conhecimento**: Dilemas na educação do trabalhador. 3. ed. São Paulo: Cortez.
- HARVEY, D., 1994. Do Fordismo à Acumulação Flexível. In: **Condição Pós Moderna**. São Paulo: Loyola.
- LACAZ, F. A. C., 1992. **Vigilância em saúde do trabalhador**. Mimeo.
- LACAZ, F.A.C., 1996. A propósito de conceitos, enunciados, saberes e práticas. Demarcação de fronteiras e identidades na história da abordagem das relações saúde e trabalho. In: **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de Doutorado. Campinas. Faculdade de Medicina UNICAMP.
- , 1997. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (2): 7-19.
- LAURELL, A.C. & NORIEGA, M., 1989. Para o Estudo da Saúde na sua relação com o processo de trabalho. In: **Processo de Produção e Saúde**. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec.
- LIMA, M.E.A. et al (orgs), 1997. **LER**: dimensões ergonômicas e psicossociais. Belo Horizonte: Health.
- , 1998. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. **Psicopatologia ciência e profissão**, v. 18, n. 2, p. 10-15.
- MACHADO, J.M.H., 1996. **Alternativas e Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador**: A Heterogeneidade da Intervenção. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- , 1997. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 13(2): 33-45.
- MAGALHÃES, L.V., 1998. **A dor da gente**: representações sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos. Tese de Doutorado. UNICAMP.

- MARX, K., 1983a. A produção da mais-valia Relativa. In: **O Capital**. Livro I, Seção IV, Capítulo X, São Paulo: Abril Cultural.
- , 1983b. A produção da mais-valia absoluta. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: **O Capital**. Livro I, Seção III, capítulo V. São Paulo: Abril Cultural.
- , 1983c. Introdução à Crítica da Economia Política. In: **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes.
- MATTOS, U. A. de O. et al, 1996. Novas tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde e no meio ambiente. In: CUT [Central Única dos Trabalhadores]. **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: CUT.
- MATTOSO, J., 1995©. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta.
- MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, São Paulo, 25 (5): 341-349.
- MINAYO, M. C. de S., 1993. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 2. ed.
- MINAYO, M. C. de S. et al, 1996. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M. C. de S. & SANCHES, O., 1993. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, v.9, n.3, p.239-262, jul./set.
- MINAYO-GOMES C. S. & THEDIM-COSTA, S. M. da F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.13, p.21-32. Suplemento 2.
- NORIEGA, M., 1993. Organización Laboral, Exigencias y Enfermidad. In: LAURELL, A.C. (org). **Para la Investigación de la salud de los Trabajadores**. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Série Paltex.
- NUNES, B. de O, 1998. **O sentido do trabalho, onde está o sentido?** O caso de merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas da rede pública do Rio de Janeiro. Projeto de Dissertação. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- ODDONE, I., [et.al], 1986. **Ambiente de Trabalho**: A luta dos Trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec.
- OLIVEIRA, C. R. de & (cols.), 1998. **Manual prático de L.E.R**. Belo Horizonte: Health

- RIBEIRO, E. C. & OLIVEIRA, R. M. R. de, 2001. **Projeto de estruturação da vigilância em saúde do trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/ES**. Vitória/ES: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2001.
- RIBEIRO, F. S. N. et al, [1999]. **Vigilância em saúde do trabalhador o que está por vir...** Mimeo.
- RIBEIRO, H. P. (org), 1997a. **LER: Conhecimento, práticas e movimentos sociais**. [oficina de trabalho]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.
- ., 1997b. **A Violência do Trabalho no Capitalismo: o caso das Lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários**. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.
- ., 1997c. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.3, p. 85-93. Suplemento 2.
- ., 1999. **A violência oculta do trabalho: As lesões por esforços repetitivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- SANTORUM, K. M. T., 1996. **Mulheres trabalhadoras e lesões por esforços repetitivos: uma análise na perspectiva de gênero e trabalho**. Dissertação de Mestrado. PUC/RS.
- SANTOS, A. P. L. dos, 2001. **Entre o imediatismo e o planejamento: O desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- SANTOS FILHO, S. B., & BARRETO, S. M., 1998. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos (LER). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n .3, p. 555-563, jul./set.
- SANTOS, M. B. M. & OLIVEIRA, R. M. R. de, 2000. **A saúde do trabalhador e a reestruturação produtiva**. Rio de Janeiro: UFRJ. Mimeo.
- SÃO PAULO (ESTADO), 1999. Secretaria de Saúde. Coordenação dos Institutos de pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho. Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador. **Catálogo dos Serviços Públicos que atuam na área do trabalhador**. (Versão Preliminar). São Paulo: CDI-ST.
- SATO, L. et al, 1993. Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo: FUNDACENTRO, v. 21, n. 79, p. 49-62, jul./set.
- SELIGMANN- SILVA, E., 1994. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da**

escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas. p.13-19.

—————, 1995. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. 3 reim. In: MENDES, R.(org). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 287-310.

—————, 1997. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, F. S. da & JARDIM, S. [orgs] **A danação do trabalho**: Organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá. p.19-63.

SEVERINO, A. J., 1996. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. São Paulo: Cortez.

SILVA FILHO, J. F. da (org) & JARDIM S. (org), 1997. **A danação do trabalho**. Te Corá. Rio de Janeiro.

TELLES, A. L. C., 1998. **Histórico, conceitos e metodologias da ergonomia**. Rio de Janeiro COOPE/UFRJ. Mimeo.

VASCONCELOS, L. C. F. e RIBEIRO, F. S. N., 1997. Investigação epidemiológico e Intervenção Sanitária em saúde do Trabalhador - O planejamento segundo bases operacionais. **Cadernos de Saúde Pública**. 3(2):269-275, Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, E. M., 1997. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec.

WISNER, M., 1994. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO.

ANEXOS

ANEXO 1

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL - SIAMAB2000

01 - AGENDAMENTO

01. NOME:		02. REGISTRO :	
03. DATA		04. ENDEREÇO:	
05. PONTO DE REFERÊNCIA			
06. BAIRRO:		07. MUNICÍPIO:	08. ZONA:
09. TIPO DE CONSULTA: [] PRIMEIRA [] RETORNO			10. SEXO: [] M [] F
11. DATA DE NASCIMENTO:		12. IDADE ATUAL:	13. PROFISSÃO
14. GRAU DE INSTRUÇÃO: [] Analfabeto [] Ensino Fundamental [] Ensino Médio [] Ensino Superior [] Ignorado [] Não se aplica			
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:			

02 - CONSULTA INICIAL E RETORNO

PARA CONSULTA RETORNO: [] SIM [] NÃO			
15. SITUAÇÃO OCUPACIONAL: [] Em Atividade [] Desempregado(a) [] Aposentado (a) [] Auxílio Previdenciário [] Outras			
16. EMPRESA:			
17. RAMO DE ATIVIDADE DA EMPRESA:			
18. TEMPO NA EMPRESA: [] [] (anos e meses)		19. TEMPO NA FUNÇÃO: [] [] (anos e meses)	
20. AFASTAMENTO DO TRABALHO: [] Atestado médico [] Sem afastamento [] Acidente de trabalho/doença ocupacional [] Doença não ocupacional [] Outros			
21. Origem da demanda:			
COD	DEMANDA	COD	DEMANDA
01	Sindicato	06	Empresa
02	Rede Pública Municipal	07	Espontânea
03	Rede Pública Estadual	08	Coordenação de AT (INSS)
04	Empresa sob Fiscalização	09	Outros
05	Poder Judiciário/Advogado		
22. PROCEDIMENTOS REALIZADOS [] Consulta /Enfermeiro [] Consulta/Assistente Social [] Consulta/Psicólogo [] Consulta médico do trabalho [] Retorno ao médico do trabalho [] Consulta/Audiologia [] Consulta/Médico Acupuntura [] Consulta /Médico Homeopata [] Consulta/Fonoterapia			
Responsável pelo preenchimento: _____			

03 - CONSULTA MEDICA

23. OBJETIVO DA CONSULTA

- Consulta Não Ocupacional
- Consulta Ocupacional
- Atestado Médico
- Preenchimento de CAT
- Dermatologia Ocupacional

24. ENCAMINHADO PARA:

- Exames
- Audiologia
- Outros Serviços de Saúde
- Retorno ao Sindicato
- Homeopatia/CRST
- Psicanálise/CRST
- Fisioterapia/CRST
- Fonoterapia/CRST
- Serviço Social
- Grupos/CRST
- INSS
- SEAR
- Acupuntura/CRST
- Técnico de Segurança do Trabalho/CRST
- Jurídico
- Nenhum
- Outros

25. DIAGNÓSTICO

- Confirmado A esclarecer

26. Data do início dos Sintomas: ____/____/____

CID [] [] [] [] []
[] [] [] [] []

- Sem Diagnóstico

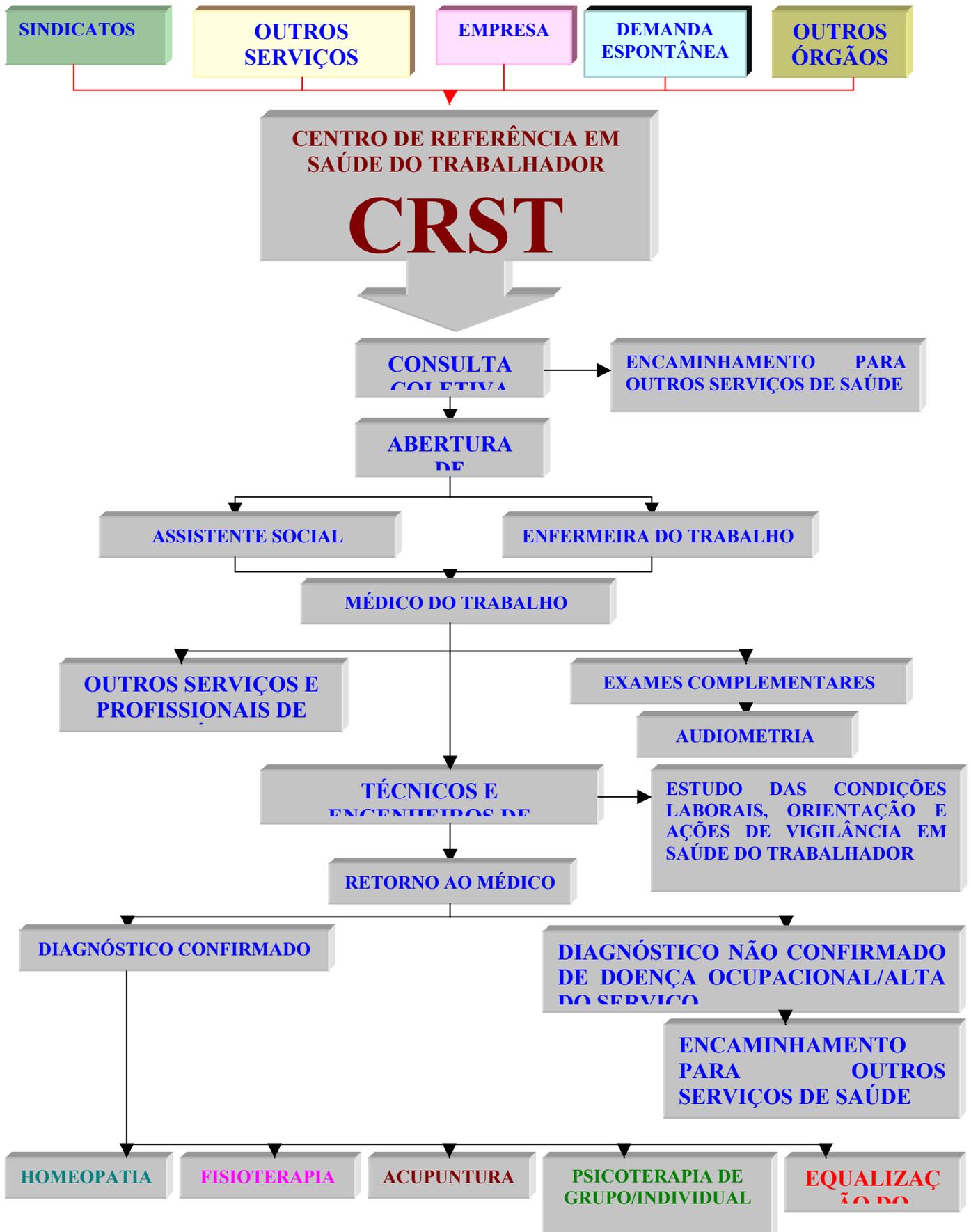
27. Solicitação de Visita Técnica? [] SIM [] NÃO

Médico/CRM

ANEXO 2

ANEXO 2

FLUXO DE ATENDIMENTO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR



ANEXO 3

ANEXO 3

Sistema Único de Saúde
Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Protocolo para Estudo e Registro Clínico da LER/DORT

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Data 1ª consulta	Nº do Prontuário:
Data de Nasc.:	Idade:	Sexo:
Estado Civil	Escolaridade	Nº de Dependentes:
Endereço:	Telefone:	

2. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Profissão:	Função:
------------	---------

TRABALHO ATUAL

Empresa:	Ramo:
Endereço:	
Tempo na Empresa:	Tempo na Função:
Número de Empregados:	

3 - SITUAÇÃO OCUPACIONAL / PREVIDENCIÁRIA

<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Mercado Informal	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Sem benefício	<input type="checkbox"/> Afastado AT. DP	<input type="checkbox"/> Afast. de doença comum	<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outra
Litígio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

4 - HISTÓRIA OCUPACIONAL

Empresa	Ramo	Função	Tempo	Riscos

Explicar a função atual ou anterior relacionada com a queixa.

História Pessoal

5 - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA FUNÇÃO

Horas Extras: [] Não [] Sim Ocasional _____ + 2h/dia _____ - 2 h/dia _____
 Pausas: [] Não [] Sim Minutos/horas trabalhadas: _____
 Fez treinamento adequado antes de assumir a função? [] Não [] Sim
 Estação de Trabalho: Em pé _____ Assentado _____ Alternado _____
 Repetitividade: _____ Força: _____ Vibração: _____
 Postura Forçada: _____ Permanente: _____ Ocasional: _____
 Dominância: Destro: _____ Sinistro: _____ Ambos: _____
 Dupla Jornada (outro trabalho)? [] Não [] Sim Jornada: _____
 Em que função? _____
 Bancada ou imobilário ajustável: [] Não [] Sim
 Usa Ferramentas? [] Não [] Sim
 Quais? _____
 Trabalha com máquinas ou aparelhos? [] Não [] Sim
 Quais? _____
 Pressões Sentidas no ambiente de trabalho (chefias, colegas, produção, prêmios, etc.)

6 - ANAMNESE HDA (História doença atual)**Capacidade Funcional Atual**

TAREFA	Não consegue	Com dificuldade	Normal	Não se aplica
Lavar roupas				
Pendurar no varal				
Passar roupas				
Vestir roupas				
Cortar e descascar legumes				
Lavar louças				
Abrir e fechar torneiras				
Pentear e lavar cabelos				
Escovar os dentes				
Segurar-se em transportes coletivos				
Carregar crianças de colo				
Trocar pneus				
Usar chaves de fenda				
Escrever				
Digitar				
Discar				
Outros				

7 - QUEIXAS COM MOLÉSTIA ATUAL**Dor / Sintomatologia (escore de 0 a 10)****Intensidade de dor inicial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10****Intensidade de dor final: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**Durante o trabalho ? Sim Não mesmo fora dele? Sim NãoMelhora nos fins de semana ? Sim Não ou férias ? Sim NãoInício dos Sintomas: _____ Já sentiu antes ? Sim Não**Local:** mão cotovelo punho ombro antebraço cervical braço lombar

MSD MSD > MSE

MSE MSE > MSD

Padrão: caimbra latejamento pontada peso choque aperto formigamento cansaço Outros

Fatores de melhora: _____

Fatores de piora: Movimento Ansiedade Mudança de tempo Frio Calor

Citar movimentos: _____

Queixas Psíquicas: Dificuldade de concentração ou "branco" Preocupação com o futuro Sensação de perigo iminente Desânimo Irritabilidade Fobias Amnesia Outras

Duração: _____

Sono: Alterado antes da dor Alterado após o início da dor Reparador (bom) Ruim (mal) Regular / bom com medicaçãoHá patologias, sintomas ou sinais associados ? Fratura Citar: _____ Cefaléia Diabetes Mellitus Dismenorréia Hipotireoidismo Cólon irritável Reumatismo Deformidades articulares Traumatismos Bexiga irritável Uso de drogas anticonvulsivantes Menopausa com __ anos Outras

9 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Tendinite / tenossinovite:

Ombro:

bíceps D [] E []
supra espinhoso D [] E []
infra espinhoso D [] E []

Cotovelo:

flexores D [] E []
extensores D [] E []

Punho:

flexores D [] E []
extensores D [] E []

Dedos da mão:

flexores D [] E []
extensores D [] E []

tendinite de Quervain D [] E []
cisto sinovial D [] E []
S. túnel carpo D [] E []
S. interósseo posterior D [] E []
S. compressiva não ulnar cotovelo punho D [] E []
S. compressiva cervico-braquial D [] E []
Epicondilite medial D [] E []
Epicondilite lateral D [] E []
Bursite D [] E []

Síndrome dolorosa miofacial D [] E []
Cervical D [] E []
Cintura Escapular D [] E []
Braço D [] E []
Antebraço D [] E []
Mão D [] E []
Dorsal D [] E []
Lombar D [] E []

Fibromialgia []
Artrose cervical []
dorsal []
lombar []
outros []

Hérnia discal

cervical [] _____
dorsal [] _____
lombar [] _____

Neuropatia [] _____
cervical [] _____
lomb-sacral [] _____

DSR D [] E [] Lesão nervosa de _____

Orientação e Encaminhamentos

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo

ANEXO 4

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. O que são LER/DORT?
2. Como você analisa o aparecimento da doença e quais os fatores que podem desencadeá-la?
3. Como é realizado o diagnóstico de LER/DORT no CRST?
4. Qual é o papel do Centro em relação as LER/DORT?
5. Quais expectativas você observa nos usuários, nos atendimentos de primeira consulta e retorno?
6. O Centro consegue responder a demanda dos usuários portadores de LER/DORT?
7. O que o Centro tem feito ou pode fazer para a recuperação dos portadores de LER/DORT?
8. Como você percebe o trabalho dos outros profissionais que atuam no Centro?
9. Que tipo de relações existem ou podem existir do seu trabalho com o dos outros profissionais?
10. Como o seu trabalho pode estar articulado a Vigilância em Saúde do Trabalhador?
11. Q que você considera que pode ser feito para melhorar o trabalho no Centro?
12. Outros comentários.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COMPLEMENTAR

1. Quais os principais problemas que você detecta no registro dos casos de LER/DORT?
2. Como o trabalho do setor de informação pode estar articulado com a assistência?
3. Como você vê o trabalho dos outros profissionais que atuam no Centro?
4. Que tipo de relações existem e/ou podem existir do seu trabalho em relação aos outros profissionais?
5. O que você considera que pode ser feito para melhorar o trabalho no CRST e no Sistema de informação?
6. Outros comentários.