



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR
PORTADOR DE DORT EM CIDADES AGRÍCOLAS: O CASO DO
VALE DO SÃO PATRÍCIO**

MILSON VIEIRA DE SOUSA JUNIOR

Goiânia-Goiás

Agosto 2008



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR
PORTADOR DE DORT EM CIDADES AGRÍCOLAS: O CASO DO
VALE DO SÃO PATRÍCIO

MILSON VIEIRA DE SOUSA JUNIOR

Orientadora: Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Simões de Albuquerque

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia-Goiás

Agosto 2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa Junior, Milson Vieira de

Análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT em cidades agrícolas: o caso do Vale do São Patrício./ Milson Vieira de Sousa Junior – Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2008. 94f.

Orientadora: Ana Raquel Rosas Torres (Doutora)

Co-orientador: Eduardo Simões de Albuquerque (Doutor)

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

Bibliografia.

1. Medicina do trabalho 2. Doenças ocupacionais 3. DORT: Doença osteomuscular relacionada ao trabalho. 4. Psicologia – Trabalho – QVT. I. UCG. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. II. Título.

CDU616.74:331.6(817.3)

Elaborada pela biblioteconomista Célia Romano do Amaral Mariano – CRB/1-1528



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 22 DE AGOSTO DE 2008 E CONSIDERADA Aprovada
PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Ana Raquel Rosas Torres
Dra. Ana Raquel Rosas Torres/UCG (Presidente)

2) Eduardo Simões de Albuquerque
Dr. Eduardo Simões de Albuquerque/UCG (Co-orientador)

3) Breno de Faria e Vasconcelos
Dr. Breno de Faria e Vasconcelos/UCG (Membro)

4) Flávia Regina C. Vieira
Dra. Flávia Regina C. Vieira/UFG (Membro-Externo)

5) _____
Dr. Leandro Luís Galdino de Oliveira/UCG (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra a todas as pessoas que estiveram diretamente envolvidos em minha vida durante a realização da mesma. A Deus, que me deu saúde e força para desenvolver o estudo e concluí-lo com maestria. A meu pai, Milson Vieira de Sousa, que possibilitou financeiramente a realização de mais essa fase pessoal e intelectual que se encerra. Um pai que foi o principal articulador desse sonho, que me deu a possibilidade de iniciar mais um passo importante para minha atuação profissional. Ofereço também a minha mãe, Elizoneide Basílio Leite Vieira, que sempre esteve ao meu lado durante cada etapa vencida, que apoiou o início desse momento, que sofreu comigo nas dificuldades. A minha irmã, Thalita Basílio Vieira, que me deu todo apoio que necessitei me incentivando, me auxiliando nos momentos difíceis. Ao meu cunhado, Luiz Fernando que teve participação direta, me ajudando a levar material, a buscar relatório, a encaminhar documentos sempre que necessário. Não posso deixar de dedicar este trabalho a minha namorada, Taíta Lourene Bonfim Pimenta, que esteve sempre ao meu lado, me acompanhou em cada etapa, me auxiliou na resolução dos problemas, entendeu meus momentos de ausência. A minha família e aos meus amigos que sempre estiveram presentes como espectadores da minha vida, torcendo pelo meu sucesso. Não posso esquecer-me de minha orientadora que me conduziu pelos caminhos que passei e me tornou um pesquisador perspicaz.

Enfim, a todos que sempre me apoiaram e se orgulham do meu crescimento dedico esta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos são direcionados a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para que meu trabalho fosse realizado e finalizado com sucesso. A Deus, que me permitiu desenvolver essa obra com tamanha sabedoria sou muito grato. Agradeço desde a equipe do Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde aos docentes que me guiaram nos caminhos da educação.

Agradeço minha família que compreendeu minhas dificuldades, minhas ausências e esteve ao meu lado no decorrer desses anos.

Não posso deixar de agradecer aos pacientes portadores de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) que gentilmente participaram da minha pesquisa contribuindo para seu desenvolvimento através do fornecimento dos dados a serem analisados.

Agradecimentos especiais à minha orientadora Dra. Ana Raquel Rosas Torres que sempre esteve disposta a me atender e a me auxiliar em cada momento que a procurei.

Vão a todos que de alguma forma possibilitaram o desenvolvimento e a conclusão dessa dissertação os meus mais profundos e sinceros agradecimentos.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade de vida do trabalhador portador de DORT em cidades agrícolas, nesse caso na Região do Vale do São Patrício. Para tanto, avalia-se o nível de bem-estar do trabalhador com DORT, seu nível sócio-econômico, assim como as mudanças ocorridas na vida pessoal e profissional do trabalhador com DORT. Foram entrevistados portadores de DORT e os resultados mostram que, de uma maneira geral, os participantes não apresentam sinais de inadequação social nem de sofrimento psicológico. Esses resultados apontam numa direção diferente daquela encontrada na literatura e eles são discutidos ressaltando-se as diferenças no estilo de vida nas grandes e pequenas cidades.

Palavras-chave: DORT; bem estar psicossocial; cidades agrícolas

ABSTRACT

The research aimed to examine the quality of life of the worker bearer of DORT cities in agricultural, then the Region of the valley of St. Patrick. For both, to assess the level of welfare of the worker with DORT, its socio-economic level, as well as changes in personal and professional life of the worker with DORT. We interviewed people with DORT and the results show that, in general, the participants did not show signs of inadequate social or psychological suffering. These results indicate a direction different from that found in the literature and they are discussed emphasizing the differences in lifestyle in large and small cities.

Keywords: DORT; psychosocial well-being; agricultural towns

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. TRABALHO E EMPREGO	11
1.1. O Trabalho antes da Revolução Industrial	13
1.2. O Trabalho Pós-Revolução Industrial	19
1.3. A Motivação relacionada ao Trabalho	24
2. DOENÇAS NO\DO TRABALHO	30
2.1. DORT – Conceitos e Características	30
2.2. O fator social na vida do trabalhador acometido por DORT	45
2.3. A Qualidade de Vida do Profissional portador de DORT	54
2.4. O afastamento e o retorno ao mercado de trabalho	61
2.5, Vale do São Patrício	69
3. OBJETIVOS	70
4. MÉTODOS	71
4.1. População de Estudo	71
4.2. Instrumento	71
4.3. Procedimento	72
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1. Dados Sociodemográficos dos Participantes	74
5.2. Análise do Bem-Estar Psicossocial dos Participantes	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90

ANEXOS	94
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito	97
ANEXO B – Questionários	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

INTRODUÇÃO

Atualmente, o mercado de trabalho domina os interesses, as prioridades, as batalhas, com suas conquistas e derrotas, de qualquer pessoa que exerça alguma atividade econômica no planeta. A vida pessoal de cada ser humano é dominada pela questão financeira e, conseqüentemente, pela relação empresa-empregado. A dependência tornou-se tão intensa que geralmente não há prioridades para a vida profissional (Paula, 2005).

O adoecimento causado pelo trabalho decorre da combinação de fatores que se dividem em três categorias de risco: a má postura, os fatores de risco psicossociais, como a falta de apoio social, e os fatores de risco pessoais (Paula, 2005). Os fatores que podem desencadear o aparecimento da Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) referem-se à vibração (atividades que quando desempenhadas fazem o membro em uso vibrar em ritmo constante durante a jornada de trabalho), ao gênero (ao caráter sexual do ponto de vista biológico, dividido em masculino e feminino), ao trabalho executado em postura tensa (a realização do trabalho desempenhado em postura inadequada do ponto de vista anatômico), e até mesmo ao desprazer (sensação de negação, insatisfação relacionada à atuação profissional).

O afastamento do trabalhador portador de DORT ocorre somente no momento em que o profissional não mais suporta a dor, ou seja, quando o grau da doença se encontra muito avançado. Em decorrência, o período em que o trabalhador fica sem trabalhar para realizar o tratamento é superior ao necessário se o tratamento tivesse sido realizado no momento adequado, isto é, no início do aparecimento dos sintomas (Pennella, 2000).

Já o retorno ao trabalho ocorre independentemente de o paciente ter sido encaminhado a um centro de reabilitação profissional ou não. Após a realização de exames que avaliam a capacidade de voltar ao trabalho e a constatação de que a capacidade laboral do paciente está restaurada o paciente pode retomar suas atividades. Contudo, a adequação do posto de trabalho para o qual ele foi destinado também deve ser levada em consideração (Maeno *et. al.* 2005).

Este trabalho analisa o bem-estar psicossocial do trabalhador portador de DORT. O presente trabalho foi planejado objetivando analisar a qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da Região do Vale do São Patrício, em Goiás, e ainda, se existem diferenças significativas em relação aos trabalhos já publicados, levando-se em consideração que esta pesquisa foi desenvolvida em uma região interiorana, e as publicações encontradas se referem a trabalhos realizados em regiões metropolitanas

Para alcançar este objetivo, no primeiro momento foi descrita a visão social do trabalho humano no decorrer da história. Em seguida discute-se a DORT, pois este grupo de doenças é a causa mais constante de perturbações na relação empregador-empregado, que levam trabalhadores a se afastarem dos empregos, e passarem a viver uma vida inconstante de acordo com a visão do patrão. Os objetivos deste trabalho serão apresentados, e em seguida a descrição dos métodos utilizados para a execução do trabalho e, por fim a discussão e os resultados encontrados após a coleta e análise dos dados.

1. TRABALHO E EMPREGO

O Trabalho antes da Revolução Industrial

A palavra trabalho tem origem latina e provém da palavra *Tripalium*. O termo trabalho segundo o vernáculo significa o conjunto das atividades humanas, manuais ou intelectuais, que visam a produtividade. Etimologicamente, o vocábulo está ligado ao conjunto de esforços para obter ou produzir um bem ou um serviço com fim específico (Peiró, 1996).

O trabalho sempre foi relatado através dos tempos. Prova disso é que o segundo texto mais antigo já escrito, cerca de cem anos mais novo que os poemas épicos de Homero, é um poema de Hesíodo (800 a.C.), intitulado “Os Trabalhos e os Dias”, que conta o trabalho de um agricultor. A Bíblia Sagrada já dizia que o trabalho naquela época era a luta constante para sobreviver (Peiró, 1996).

Já o termo emprego origina-se do latim *Implicare*, que significa comprometer alguém em algo. Segundo Ferreira (2000), a palavra emprego significa situação ou funções de quem faz serviço em repartição pública ou estabelecimento particular.

Com a Revolução Industrial, trabalho e emprego começaram a ser considerados sinônimos. Dizia-se que uma pessoa trabalhava quando tinha um emprego. Ter emprego significava estar ligado a uma organização, ocupar uma função claramente definida, com obrigações, horários, faixas de remuneração e de promoções, de forma padronizada. O emprego tornou-se aspecto central na vida das pessoas e dos países industrializados, dando a sensação de

segurança e se constituiu em um princípio de organização da sociedade (Bardanachvili, 2006).

A relação trabalho-emprego consolidou-se com a Revolução Industrial, sempre destacando a interligação dos dois e apresentando o seu caráter humano, que identifica as condições psicossociais do indivíduo. O fator relevante que mostra quem o indivíduo é, o que ele é e como ele deve portar-se ante a determinada situação teve início a partir desse momento, porém, a história da humanidade mostra que nem sempre foi assim.

Na Antiguidade, os maiores pensadores condenavam o trabalho. Platão dizia que o cidadão devia ser poupado do trabalho. Aristóteles, por sua vez, afirmava que se tinha que valorizar a atividade política, já o trabalho era uma atividade inferior, que impedia as pessoas de serem virtuosas (Borges, 2004).

O mundo antigo então tratava o trabalho como uma atividade secundária. Os gregos afirmavam que o ócio deveria imperar entre os homens livres, e eles poderiam então dedicar-se a atividades como a contemplação da natureza ou às prerrogativas políticas. O trabalho corporal era renegado e o intelectual valorizado. O trabalho físico era destinado aos escravos e às mulheres, consubstanciado em atividades indignas e humilhantes, necessárias à manutenção das cidades (Mañas, 1999).

Platão afirmava que, como os homens eram diferentes por natureza, cabia a cada qual estar no lugar em que melhor expressasse e desenvolvesse suas qualidades. E, dessa forma, ficava justificado o papel reservado ao escravo (Mañas, 1999).

Conforme Aristóteles, o animal e o homem se serviam do trabalho para atender às suas necessidades vitais. No entanto, essas necessidades eram consideradas por ele como elemento que aprisionava o indivíduo a uma vida inferior e que, conseqüentemente, o impedia de se dedicar a uma espécie de vida considerada superior, cujas ocupações estavam voltadas para as necessidades da alma e não do corpo (Silva, 2005). Nas palavras de Aristóteles, um homem incapaz de integrar-se numa comunidade, ou que seja auto-suficiente a ponto de não ter necessidade de fazê-lo, não é parte de uma cidade, por ser um animal selvagem ou um Deus (Silva, 2005).

Aristóteles afirmava que pensar requer ócio e isso sustentava a elite da época, que se sentia desobrigada de trabalhar, e utilizava-se de escravos, fazendo uso de argumentos sutis para explicar a sociedade escravista. A escravidão era tida como lei natural livrando os cidadãos (homens livres) das tarefas servis (Mañas, 1999).

O trabalho pré-histórico e pré-capitalista sempre se relacionou à satisfação das necessidades básicas, equilíbrio entre recursos e natureza. Somente a Revolução Industrial conseguiu socializá-los, ratificada pelo capitalismo. Durante o pré-capitalismo, a relação ocorre entre o trabalho e o conhecimento sagrado, pois o trabalho era visto como mandamento celestial, uma vocação, que deveria ser realizada através de esforços que garantiam o relacionamento com Deus. Já no capitalismo o valor social do trabalho passa a ter importância, e o trabalhador começa a ser localizado na estrutura social (Weber, 2001).

A cada momento da história novos rumos eram tomados, a forma de perceber o trabalho se alterava e com ela as atitudes das classes dominantes.

De forma lenta o trabalho que era visto como mandamento de Deus passou a significar uma punição Divina pelos erros mundanos.

No princípio do cristianismo, o trabalho era visto como punição pelo pecado e ainda como condição de afastamento dos maus pensamentos gerados pela preguiça e pela ociosidade. O trabalho servia para disciplinar as pessoas, tornando-as ocupadas, o que conduzia à restauração da pureza da mente e para a resignação cristã. Ninguém via prazer ou dignidade, nem mesmo sinônimo de identidade pessoal no fato de trabalhar. O trabalho era considerado apenas como uma ponte que ligaria o homem à salvação divina, como uma tarefa penosa e humilhante, como punição para o pecado. Por exemplo, ao ser condenado, Adão teve por castigo trabalhar para ganhar o pão com o suor do seu próprio rosto (Weber, 2001).

No século XVI, ocorreu então a Reforma Protestante e surgiu no próprio cristianismo, um redimensionamento do trabalho e a ação deixou de ser vista como forma de punição e passou a ser considerada uma forma de servir a Deus, mantendo distância do ócio e da luxúria. Englobou-se então ao significado de trabalho uma finalidade na vida, de obtenção de êxito e prosperidade. Os resultados do trabalho ligariam o homem à felicidade que, todavia, ficava resguardada para uma vida futura (Mañas, 1999).

Weber (2001) dizia que existia uma relação entre o protestantismo e a ascensão da economia capitalista, cuja base estaria na predestinação de alguns para êxito na atividade profissional. Ele afirmava ainda que a fé devia ser reforçada pelo trabalho. A salvação divina seria então alcançada por meio da realização do trabalho e isso levaria a um enriquecimento, pois a riqueza não era mais condenada nesse contexto. A partir então desse momento, a

ociosidade passou a ser combatida, diferentemente do que existia, pois o catolicismo incentivava-a.

Para Lutero, o trabalho era o caminho para a salvação e se apresentava como a base da vida. Ele justificava suas idéias dizendo que todo homem capaz de criar alguma coisa tinha o dever de fazê-lo, pois assim este se afastaria do ócio e serviria a Deus (Mañas, 1999).

Na Alemanha, identifica-se uma correlação muito forte entre o papel do protestantismo na formação do comportamento típico do capitalismo ocidental moderno, como a disciplina, a poupança, a vocação a austeridade, o dever e a propensão ao trabalho, atuando de maneira decisiva sobre os indivíduos. Sendo assim, relatos entre as relações de religião e sociedade e os vínculos com as particularidades do capitalismo aparecem (Weber, 2001).

Já Calvino associava o trabalho à idéia de predestinação, ou seja, era vontade de Deus que alguns trabalhassem, e outros vivessem para o ócio, e somente assim o sucesso e a salvação seriam alcançados por todos (Mañas, 1999).

Embora não inteiramente avessos aos esportes e lazer, os protestantes não os toleravam quando interferiam com o trabalho, evidentemente com o exercício fiel do seu chamado ou vocação, ou quando significasse excessivo dispêndio de dinheiro, do qual se devia dar contas a Deus (Ferreira, 2000).

Na visão do protestantismo, o tempo era precioso e jamais deveria ser desperdiçado. Eram condenados o desfrute dos bens, a ociosidade e as tentações da carne. Querer ser pobre passava a ser visto como um desafio à glória de Deus. Afirmava-se que os eleitos de Deus eram aqueles que

trabalhavam e acumulavam riquezas. Assim, o sucesso profissional e o acúmulo de riquezas passavam a ser graça divina aos favoritos de Deus (Weber, 2001).

A moral capitalista relacionada ao protestantismo mostra que só alcançaria a graça Divina quem trabalhasse honestamente, levasse uma vida regrada e não utilizassem seus bens para a realização de prazeres mundanos. Os desempregados passaram a ser visto com indiferença, pois recusar trabalho passou a ser um erro, já que o trabalho dignificava o homem. Tornou-se muito importante à pessoa trabalhar e ter uma vida produtiva (Weber, 2001).

Na Idade Moderna, a valorização do trabalho cresceu cada vez mais e a ação de trabalhar passou a ser tratada como uma riqueza da época ao lado do ouro, da prata e até mesmo da agricultura, pois o trabalho tinha o poder de transformar a matéria-prima em produtos com valor de mercado. A busca pelo lucro passou a valorizar cada vez mais o significado da palavra trabalho, que começou a se aproximar de seu atual significado (Mañas, 1999).

No princípio dos preceitos capitalistas foi identificado que a produção do capital passava a dominar o homem, o que aparecia por meio do esforço do trabalho, organizado, sistematizado e direcionado para a produção de riquezas. A realização do trabalho por meio da forma de produção que se mostrava livre de relações com o domínio da igreja, ou seja, sem a utilização do nome de Deus, apresentava naquele momento uma força crescente, com o que conseguia ainda uma sustentabilidade dos alicerces da globalização e como pêndulo de dúvida da santidade entre os desígnios de satisfação abstrata. O espírito do capitalismo dominava o homem para a produção de riquezas, para

que o indivíduo alcançasse satisfação plena na vida. Aquele que não seguisse esses preceitos capitalistas dali em diante seria sobrepujado (Weber, 2001).

Mais uma vez, a visão sobre o trabalho se alterou, e ele que era visto como castigo divino passou a ser considerado riqueza na Idade Moderna, um meio de aumentar os bens e as condições de vida própria e familiar. Porém, o aspecto afetivo-emocional ainda se apresentava na Idade Moderna. Somente com a Revolução Industrial esse aspecto foi retirado dos meios de trabalho e o racional passou a ser mais valorizado. A capacitação começou a mostrar-se importante.

1.2. O Trabalho Pós-Revolução Industrial

A Revolução Industrial retirou o aspecto afetivo-emocional do local de trabalho. A racionalização passou a ter importância. A programação e o controle surgiram como determinantes. O cronômetro inseriu-se nas empresas e o controle sobre o trabalhador começou a formar uma nova sociedade.

Em 1880, havia cerca de 2.700.000 trabalhadores industriais nos Estados Unidos da América. Em 1920, esse número havia passado para 8.400.000. A maior fábrica do mundo, a Ford, empregava 70.000 pessoas. Ela era símbolo e estereótipo da grande planta manufatureira. Essa escala de operações desenvolveu a necessidade do surgimento de métodos totalmente novos de administração. Uma das pessoas mais importantes nessa nova fase foi Frederick Winslow Taylor, pois ele e seus seguidores desenvolveram modelos que enfatizavam a eficiência do trabalho nas empresas. Henry Ford também teve uma colaboração significativa por criar uma linha de montagem

móvel. Alfred Sloan, um dos primeiros presidentes da General Motors e o criador da estrutura organizacional, completou o modelo da grande corporação que passou a predominar do século XX em diante. O modelo de Sloan ainda vigora na produção industrial. Assim, podemos afirmar que a organização de qualquer grande empresa industrial moderna é uma combinação dos princípios da eficiência de Taylor, das técnicas de produção de Ford, e da estrutura de Sloan (Maximiano, 2004).

O taylorismo é o movimento da administração científica criado e aperfeiçoado por Frederick Winslow Taylor e é dividido em três fases. Essa escala foi desenvolvida, a princípio, para resolver o problema dos salários, pois se discutia o trabalhador deveria receber por dia trabalhado ou por peça produzida. Teve então início a primeira fase do taylorismo, seguida do estudo sistemático do tempo, definição de tempos-padrão, e sistemas de administração de tarefas. A segunda fase teve como objetivos a ampliação de escopo, da tarefa para a administração, e definição de princípios de administração do trabalho. Já a terceira fase caracteriza-se pela busca da consolidação desses princípios, proposição de divisão de autoridade e responsabilidades no interior da empresa e distinção entre técnicas e princípios (Maximiano, 2004).

O método taylorista/fordista utilizado nas indústrias rapidamente contagia outras organizações, incluindo igreja, família e tipos de lazer. Novos valores passaram a determinar a sincronização dos tempos de vida e do trabalho, foram estabelecidos horários exatos para chegar e sair da fábrica, tempo predeterminado para executar uma tarefa. O consumo do tempo livre é

monitorado, a quantidade e as formas de lazer deviam ser adequadas para não interferirem na disposição e produtividade do operário (Ribeiro, 2001).

O fordismo surgiu inicialmente como método de produção utilizado na indústria automobilística. Henry Ford desenvolveu um meio que buscava organizar o que era realizado para a produção em massa. Foi o método de produção industrial pioneiro que diz respeito à organização dos modos de produção (Peres, 2004).

A produção em massa passou a ser o primeiro objetivo durante o fordismo, com a justificativa de que apenas a produção em massa poderia reduzir os custos de produção e o preço de venda dos veículos. No entanto, produção em massa significou um grande número de empregos e um conseqüente achatamento dos salários (Peres, 2004).

Surgiu então a segunda característica Fordista: a racionalização da produção por meio do parcelamento de tarefas fundado na tradição taylorista. A divisão das tarefas fez que o trabalhador deixasse de ser artesão e passasse a necessitar de uma resistência física e psíquica em um processo de produção constituído por um número ilimitado de gestos, porém sempre repetitivos (Peres, 2004).

A terceira característica do fordismo a ser destacada foi a criação da linha de montagem, que permitia que os operários realizassem seus trabalhos individualmente, porém interligando seu trabalho com o do colega por de uma esteira, pela qual a produção vai passando até ser concluída (Peres, 2004).

O trabalho tornou-se assim a atividade central da vida de toda sociedade, e ocupava quase a totalidade do dia das pessoas. Passa então a haver um domínio das fábricas sobre a vida de seus trabalhadores e a ditar

conceitos, atitudes e valores da sociedade da época. Criou-se então a sociedade industrial (Ribeiro, 2001). O que apareceu como fator essencial para nosso trabalho, pois essa preocupação com o tempo trabalhado e a manutenção de longas jornadas de trabalho já favorecia o desenvolvimento das DORTs.

No início da década de 1970, com a crise do capitalismo, o modelo taylorista/fordista começou a dar os seus primeiros sinais de decadência. O mundo foi palco de diversas transformações, o que gerou mudanças significativas nas relações de trabalho. Tornou-se necessária uma nova forma de organização industrial, com uma estrutura mais flexível para adequar-se com maior facilidade às constantes transformações do mercado.

As inovações tecnológicas implementadas pela informática e pelas telecomunicações transformaram drasticamente a realização do trabalho, introduzindo no mercado novas modalidades de trabalho, o que levou a se considerar que o trabalho não era mais a categoria central da sociedade (Mañas, 1999).

O toyotismo foi criado por Eiji Toyoda e Taiichi Ohno, e veio evoluindo desde meados do século XX. Ele é a semente do modelo japonês de administração e baseava-se não apenas nos especialistas da qualidade, mas sobretudo nas técnicas de Henry Ford e Frederick Taylor (Maximiano, 2004). O toyotismo veio então favorecer o desenvolvimento das DORTs, pois suas características destacam os fatores etiológicos que podem favorecer o desenvolvimento das doenças em discussão. O artigo de Maximiano tem ligação com este trabalho, pois apresenta fatores que podem potencializar o aparecimento da DORT na vida do profissional.

Os dois princípios mais importantes do sistema toyota de produção são a eliminação de desperdícios e a fabricação com qualidade. O princípio da eliminação de desperdícios consiste em fabricar os produtos com o máximo de economia, ao passo que o princípio da fabricação com qualidade busca que a produção da empresa seja efetuada sem nenhum defeito, possibilitando a fabricação de produtos com alta qualidade e baixos preços. A Toyota, empresa do criador do toyotismo, passou de uma posição insignificante, para a condição de terceira maior montadora de mundo, ficando atrás somente da General Motors e da Ford, respectivamente (Maximiano, 2004).

Depois de meados dos anos 1970, o modelo japonês deixou de ser um modo de produção exclusivo do Japão e passou a ser conhecido e utilizado mundialmente. Nos anos 1980, o toyotismo ganhou força com a instalação de grandes empresas como Toyota, Honda e Nissan nos Estados Unidos da América e na Europa, e impressionou as empresas locais ao apresentarem seu modo de produção (Maximiano, 2004).

Na década de 1980, o toyotismo consagrou-se, inicialmente, nas indústrias, depois, nas áreas de serviço e se organizou uma nova maneira de produção e trabalho. As empresas começaram a se dividirem em pequenos grupos por diferentes partes do mundo, dando espaço à terceirização, que passou a ameaçar o emprego permanente que surgira após a Revolução Industrial com a estabilidade do trabalho, aparecendo uma crescente instabilidade empregatícia trazida pela terceirização dos serviços (Ribeiro, 2001).

Atualmente, boa parte da produção encontra-se relacionada à informação e não está mais centrada na transformação da matéria-prima, pois

se vive uma transição da sociedade industrial para a chamada sociedade da informação, que se insere na nova ordem econômica, com os desequilíbrios sociais e políticos dela decorrentes (Mañas, 1999). O texto de Mañas (1999) interliga-se ao nosso trabalho porque a presença da informação ligada à produção interfere no diagnóstico positivo ou negativo da DORT no quadro do trabalhador. Essa interferência parte do pressuposto de que a informação é diretamente relacionada à automação, às aparelhagens tecnológicas. Esses aparelhos fazem o trabalhador desempenhar a atividade profissional de maneira constante e repetitiva, favorecendo o desenvolvimento da DORT.

Evidenciamos que no modelo trabalhista atual, parte-se do pressuposto de que o trabalhador deve ter um conhecimento aprofundado do que faz, pois os meios de produção conhecidos afetam diretamente o trabalho de qualquer profissional e até mesmo a mecanização e a informatização está diretamente ligada ao trabalho que o trabalhador busca desempenhar na atualidade.

1.3. A motivação relacionada ao trabalho

É comum escutarmos a seguinte frase “Primeiro o trabalho, e depois o prazer”, e somos obrigados a questionar se o que nos dignifica não poderia também nos dar prazer (Borges, 2004). Essa autora, então, mostra que a visão do trabalho é uma prioridade na vida do cidadão, assim, a jornada excessiva pode vir a ser uma realidade, e com ela o desenvolvimento da DORT também.

A motivação transforma-se em um fator extremamente essencial para o desempenho de um bom trabalho. Essa palavra tem origem no latim, e deriva do vocábulo *motivus*, que significa mover. Motivação assumiu o

significado de “tudo aquilo que pode fazer mover”, “tudo aquilo que causa ou determina alguma coisa” ou até mesmo o “fim ou razão de uma ação”. No campo do trabalho, esse termo não poderia ter sentido diferente (Gondim, 2004).

Pessoa motivada usualmente é aquela que demonstra alto grau de disposição para realizar uma tarefa ou atividade de qualquer natureza. Portanto, os indivíduos também se motivam para realizar algo que vá em direção oposta à desejada pela empresa. As greves, sabotagens e roubo de mercadorias assim como as invasões de fábricas que demitem funcionários são manifestações claras desse descontentamento. Por isso, a motivação para o trabalho provoca grande interesse em pesquisadores e administradores (Maximiano, 2004).

Existem quatro hipóteses convencionais sobre a motivação humana. A primeira refere-se ao homem econômico-racional, para quem a motivação se encontra na perspectiva do ganho, na aquisição de bens materiais. Na segunda, relativa ao homem social, a motivação é o grupo, o reconhecimento e a aceitação pelo colega. Em terceiro, encontra-se o homem auto-realizador, em que a motivação é a realização interior, e o que importa é a satisfação íntima. E para a quarta hipótese, referente ao homem complexo, em que a motivação não tem causa única, pois diversos motivos ou causas são importantes para mover o comportamento (Maximiano, 2004).

Herzberg (1966, citado em Ferreira, 2001) afirma que há fatores do trabalho que geram satisfação e levam ao bom desempenho das tarefas, e outros que podem ser causa de insatisfação. Os fatores denominados motivacionais são: o trabalho em si, o crescimento e a realização profissional, o

senso de responsabilidade e a busca de reconhecimento e status social. Os fatores denominados higiênicos são: natureza do ambiente de trabalho, as relações interpessoais com os superiores, as políticas da empresa, a segurança no cargo, o salário e a vida pessoal. Destacamos que a visão motivacional identificada vem se mantendo ao longo do século com pequenas variáveis. Herzberg (1959), em meados do século XX, apresentava o trabalho como crescimento e realização profissional, procurando o senso de responsabilidade e o reconhecimento social, Maximiano, no início do século XXI, aborda a perspectiva do ganho, o acúmulo de bens materiais, a aceitação social e a realização própria, ou seja, a linha motivacional se mantém em uma vertente principal. Porém, há quem relate uma nova posição. Pérez (1990), por exemplo, apresenta a motivação ligada à realização da tarefa desempenhada com maestria, sucesso, o bem-estar decorrente do resultado final do trabalho realizado.

Pérez (1990) afirma que há três grupos de teorias que explicam a motivação humana. O primeiro refere-se às necessidades ou carências a que as pessoas são submetidas, afirmando que a conduta humana é orientada para sua satisfação, apontando diferentes tipos de necessidades que orientam as ações humanas. O segundo grupo afirma que motivação é o resultado de um processo de tomadas de decisão em que estão em jogo as percepções, os objetivos, as expectativas e as metas pessoais. E para o terceiro grupo, a motivação é fundamentalmente uma teoria da ação e as explicações dos dois grupos anteriores devem ser descartadas (Gondim, 2004). O artigo de Gondim (2004) faz-se importante para nosso trabalho, pois mostra que o trabalhador

motivado trabalha mais e com menores riscos de desenvolver doenças ocupacionais.

A motivação humana no trabalho aproxima-se de conceitos que afirmam que as pessoas, ao serem indagadas sobre as aspirações do trabalho, quando informavam sentimentos de felicidade, freqüentemente descreviam fatores relacionados às suas tarefas ou eventos que indicavam êxito e possibilidade de crescimento profissional. Ao contrário, quando relatavam sentimentos de infelicidade, eles não eram associados ao próprio trabalho, mas às condições que os cercavam (Herzberg, 1959).

A pessoa que trabalha motivada tem uma probabilidade maior de desenvolver com competência sua tarefa, pois, em primeiro lugar, se há motivação existe também amor pelo que se faz, em segundo lugar, essa pessoa abre sua mente para expor mais facilmente sua criatividade e perspicácia. Outro aspecto é que o trabalhador quer sempre melhorar seu desempenho, buscando superação a cada dia, com o que ganham o empregador e o empregado.

O trabalho, atualmente, faz que a população busque a construção da sociedade do bem-estar por meio de seus empregos. Cada pessoa trabalha com o intuito de criar condições de dar à sua família uma vida mais digna e confortável possível. No entanto, o risco do desemprego pode levar pessoas a sérios problemas de saúde e, ainda, de relacionamento social. O ideal seria que toda população ativa trabalhasse, motivada, para que a sociedade do bem-estar deixasse de ser uma utopia e se transformasse em uma realidade.

A motivação passa a ter seu significado diminuído quando a saúde é afetada, quando o trabalho realizado começa a trazer prejuízos físicos e emocionais ao trabalhador.

Quando o trabalho realizado mostra os primeiros sinais de estar afetando a saúde, a motivação pela realização da tarefa ainda não se encontra comprometida, porém, quando o bem-estar do trabalhador começou a regredir e ele deixa de ser um trabalhador, passando a ser um paciente, a motivação pelo trabalho diminui. O trabalho, que antes era visto como fonte de prazer e como uma busca pela identidade pessoal, passa a ser uma fonte de sofrimento, pois além de lidar com as pressões e exigências no cotidiano de trabalho, a doença torna-se um "saldo" no seu engajamento no trabalho (Merlo, 2003). O artigo de Merlo (2003) serve como suporte essencial em nosso trabalho por demonstrar que, quando o profissional começa a apresentar sintomas dolorosos e inflamatórios, o resultado final da atividade exercida sofre influências significativas com tendências negativas.

As pessoas passam então a apresentarem, além da dor física, uma série de conseqüências emocionais e sociais que transformaram radicalmente suas vidas, o que pode ser percebido por meio de relatos de pessoas que afirmam que, antes da doença, o trabalho ajudava a viverem felizes e lhes oferecia uma satisfação pessoal. Após o aparecimento da doença, no entanto, elas sentem um vazio, vêem dificuldade em tudo, pois não podem fazer coisas simples, pessoais e que dão prazer porque não conseguem realizar ou por recomendação médica. Essas pessoas relatam sentirem uma tristeza profunda e pensamentos que nunca tiveram (Merlo, 2003). O trabalho de Merlo de 2003

apresenta dados que mostram que 83% dos trabalhadores portadores de DORT apresentam paralelamente sintomas psicológicos.

A motivação durante a jornada de trabalho beneficia o trabalhador. A influência da motivação no trabalho manifesta-se quando analisamos os resultados finais do trabalho, a relação social, familiar e profissional do indivíduo que labora com motivação. Os riscos de erros e prejuízos são reduzidos, e a valorização pessoal diante de si mesmo e da empresa não deixa de ser destacada.

Como apresentado até aqui, há evidências de que a motivação durante o trabalho é muito importante, pois ela age diretamente no aspecto afetivo-emocional do trabalhador, como afirma Herzberg (1959). Mas existem fatores que podem prejudicar essa motivação. São negativos para o caráter motivacional os problemas de saúde do trabalhador, como as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho sobre as quais falaremos a seguir.

2. DOENÇAS NO/DO TRABALHO

2.1. DORT – Conceito e Características

Segundo a norma técnica sobre lesões por esforços repetitivos, do Ministério da Previdência Social, a terminologia lesões por esforços repetitivos (LER), atualmente em desuso e substituída por DORT, deve ser utilizada para alguns tipos de afecções. Essas afecções acometem tendões, sinóvias, músculos, nervos, fásias e ligamentos de maneira isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo, sobretudo regiões de membros superiores, pescoço, e cintura escapular, e tem origem ocupacional (Murofuse & Marziafe, 2001).

A Doença Ósteo-muscular Relacionada ao Trabalho (DORT) é uma nomenclatura que agrupa uma série de doenças que foi regulamentada como problema de saúde pública voltada ao trabalhador em 1998 por meio de uma portaria do Ministério da saúde. (PORTARIA nº. 3.908, de 30 de outubro de 1998).

Vários sintomas podem vir a caracterizar DORT, dentre os quais destacamos parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores. Tais sintomas são manifestados freqüentemente em enfermidades neuro-ortopédicas, como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, porém podem passar despercebidos, ou seja, não serão identificados (Departamento de gestão de políticas estratégicas /coordenação de saúde do trabalhador, 2000).

A vinculação entre saúde e capacidade para o trabalho veio a acontecer no século XIX e representou um marco na caracterização da vida do

trabalhador. A DORT passou a ser uma condição socialmente reconhecida e legítima da inatividade. Desde então, a necessidade de restaurar o corpo-trabalho para atender ao processo produtivo mostrou-se presente (Verthein, 2000).

A saúde passou a ser condição essencial para o desempenho de uma jornada de trabalho realizada com sucesso, e a DORT começou a preocupar o trabalhador e as empresas responsáveis pelo profissional. A DORT preocupa o trabalhador, porque as dores e desconfortos impedem que as tarefas sejam realizadas com o desempenho buscado, e as empresas, porque o resultado do trabalho esperado não é alcançado.

Os primeiros casos de DORT foram registrados por Ramazzini por volta do ano de 1700, quando relacionou o aparecimento de doenças às funções que o trabalhador desempenhava. Em 1800, novas pesquisas destacaram como fator comum à doença os movimentos repetitivos e freqüentes de um grupo isolado de músculos, enquanto o resto do corpo permanecia horas na mesma posição. Essa postura adotada pelo trabalhador caracteriza a principal causa da DORT (Murofuse & Marziafe, 2001).

No século seguinte, foram descritos na Europa quadros clínicos afetando o esqueleto axial e periférico de trabalhadores que desempenhavam distintas tarefas laborativas. Na época esses sintomas foram chamados de “câimbras ocupacionais”. Entre as várias atividades ocupacionais envolvidas, salientava-se a “câimbra do escrevente”, que atingiu níveis de epidemia no serviço civil britânico em 1833 (Moreira & Carvalho, 2001).

A DORT, no Brasil, foi apresentada em 1984 pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul em um congresso realizado

em Belo Horizonte. A tenossinovite entre digitadores foi a principal doença que justificou a pesquisa, pois se mostrou com incidência bastante elevada naquele período (Verthein, 2000).

O Sistema Nacional de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) não inclui nem acidentes de trabalho, nem doenças relacionadas à DORT motivos pelos quais não é possível se ter dados epidemiológicos reais. Os dados divulgados são os disponibilizados pelo Ministério da Previdência Social, que se refere aos trabalhadores com contrato formal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Devemos considerar que esses casos representam menos de 50% da população economicamente ativa (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000).

Os dados encontrados são falhos por ignorarem a existência da DORT. O SUS não inclui as enfermidades que relacionam as DORTs à atividade trabalhista, já a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a relação DORT-TRABALHO existe. A jornada no computador favorece mais o desenvolvimento das doenças, porém sabe-se que profissionais que não utilizam o computador como professores, mecânicos, funcionários de indústrias também podem desenvolver a DORT.

Em 1987, a OMS concluiu que o desconforto osteomuscular acomete profissionais nas diversas partes do mundo. A OMS afirma também que esse desconforto está associado geralmente a trabalhos com computadores (Verthein, 2000).

Em 1991, a DORT, ainda sob a denominação Lesão por Esforços Repetitivos (LER) passa a ser considerada um conjunto de lesões que atingem

os membros superiores e não apenas a tenossinovite que acomete os digitadores. A lei passa então a considerar a DORT como doença do trabalho. Diagnosticada como perda total ou parcial da capacidade de laborar, resultante da atividade profissional, de acordo com o decreto 375/91, parágrafo 2o, artigo 140, do Diário Oficial (Poder Executivo, 9.12.1991). Essa consideração afeta diretamente este trabalho, pois, aqueles dados chamam maior atenção para doenças do trabalho e seus riscos ao trabalhador.

As principais causas das DORTs são as doenças ocupacionais, os acidentes típicos, as atividades de risco, as condições de falta de segurança no trabalho, atitudes inseguras ou culpa exclusiva do trabalhador, por ato ou fato de terceiro (Melo, 2004). As causas serão descritas posteriormente.

A repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, o esforço físico, a invariabilidade de tarefas, a pressão mecânica sobre segmentos corporais, choques, impactos, vibrações excessivas, frio e fatores organizacionais são os principais fatores causais que desencadeiam a DORT. Porém, para que possam ser considerados de risco para a ocorrência de DORT deve-se observar a sua intensidade, duração e frequência (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000).

O diagnóstico se realiza em um primeiro momento por meio de análises de alguns fatores dentre os quais se devem destacar: a história da moléstia atual, a investigação dos diversos aparelhos, os comportamentos e hábitos relevantes do trabalhador, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, o exame físico detalhado e se necessário, exames

complementares (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000).

No que se refere a uma segunda etapa de diagnóstico, novos dados apresentam grande relevância, como se a idade e sexo do paciente são compatíveis com a população trabalhadora que apresenta DORT. Se a queixa clínica engloba o início e evolução dos sintomas referentes à DORT indicando presença de outras doenças que podem vir a interferir no diagnóstico final, observando ainda se a função exercida pelo trabalhador comprometeu funcionalmente sua saúde ou não (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000). Esses dados influenciarão nosso trabalho na descrição do perfil populacional no decorrer da coleta de dados desta pesquisa.

As doenças ocupacionais ocorrem em razão de algumas atividades ou condições especiais de realização desse trabalho. As mudanças que surgem no trabalho, em que a precarização do trabalho humano deve-se à busca pelo capital favorecem o crescimento da incidência no número de casos das doenças ocupacionais, que, conseqüentemente levam à DORT. As doenças que acometem os profissionais, seja de qual área for, originam-se das agressões ao ambiente, ou seja, das ações de agentes insalubres de natureza física, química ou biológica, os quais, por sua natureza, são agressivos ao ambiente do trabalho e, conseqüentemente, desencadeiam tais doenças (Melo, 2004). A DORT então pode estar diretamente ligada à falta de planejamento do ambiente laboral.

Os acidentes típicos são aqueles que acontecem subitamente causando lesões graves e que podem ter como conseqüências desde lesões parciais a letais. As atividades de risco são aquelas que, presumem-se um perigo incerto, porém possível de realizar-se. Considera-se a estatística preexistente para se calcular o que é esperado. Condições inseguras de trabalho incluem observações relativas a maquinário, ferramentas, mobiliário, equipamentos de trabalho, podendo ainda incluir, luminosidade, intensidade de ruídos, pois eles também são fatores que podem levar a Doenças Ósteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Melo, 2004).

O ato inseguro de culpa exclusiva do trabalhador ocorre quando consciente ou inconscientemente o profissional trabalha sem considerar as normas de segurança, o que pode acontecer quando o trabalhador possui os itens de segurança e os ignora, tem acesso a materiais que previnem a saúde e não os utiliza, possui mobiliário ergonomicamente corretos e não os usa adequadamente (Melo, 2004). Esses detalhes podem influenciar o desenvolvimento ou não da DORT, e automaticamente a relação trabalho-saúde pesquisada por este trabalho.

Um fator significativo que se deve evidenciar é o de que a prevenção pode ser realizada, ou seja, pode-se evitar a ocorrência de DORT. A prevenção deve ultrapassar os limites do diagnóstico individual, observando sempre aspectos relativos ao tempo de exposição dos trabalhadores às cargas físicas, cognitivas e psíquicas; ao processo de trabalho e organização; ao mobiliário, máquinas, equipamentos e ferramentas. (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000). Sabe-se que a prevenção constitui um fator determinante na saúde do trabalhador e sua não-

realização pode alterar os resultados do trabalho e, até mesmo transformá-lo em um trabalho inútil.

Para a prevenção da DORT, a educação e a comunicação entre profissionais da saúde, trabalhadores, órgãos governamentais, empresas e até mesmo a sociedade civil deve realizar uma ação em parceria, para que todos se conscientizem do real problema e tomem as precauções devidas. Só assim, poderemos reduzir drasticamente os elevados índices de DORT que a população trabalhadora registra (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000).

Estudos realizados, como o de Melo (2004) e Murofuse e Marziafe (2001) demonstraram que os problemas de saúde podem acometer trabalhadores que não possuem proteção adequada ou usam irregularmente os materiais de proteção. Geralmente o não-fornecimento de materiais de segurança ocorre para redução de custos do empregador.

Algumas classes de trabalhadores são mais acometidas pelos riscos de desenvolverem uma DORT, apesar de que qualquer profissional que não se previna pode vir a apresentar um problema de saúde causado pelo trabalho realizado erroneamente. Observamos que empregados de empresas industriais, servidores públicos e, sobretudo os bancários são as classes trabalhadoras mais comprometidas.

O servidor público assim como qualquer outro profissional, quando realiza seu trabalho sem os cuidados necessários sofre as conseqüências provenientes da DORT. A falta de prevenção, a escassez de funcionários e os movimentos repetitivos levam centenas de servidores a afastamentos por doenças ocupacionais e até a incapacidade para a atividade habitual. O ritmo

de trabalho, a massificação do trabalhador, a perda da individualidade e os movimentos repetitivos são os fatores condicionais de muitas doenças, que participam do conjunto DORT, que vem se expandindo entre os trabalhadores públicos (Melo, 2004). Dados da pesquisa de Melo (2004) afirmam que um grande percentual de portadores de DORT encontrava-se inseridos no mercado de trabalho em alguma repartição pública.

No entanto, a classe profissional que apresenta maior incidência da DORT é a dos bancários, porque a busca pelo capital instituída pelas entidades financeiras determina que o profissional mantenha um ritmo de trabalho acelerado, sem pausas regulares, exigindo horas-extras. O trabalho deve ainda se desenvolver com atendimento rápido ao cliente, obedecendo a uma pressão hierárquica e o trabalhador teme perder seu emprego em razão da instabilidade trabalhista (Silva, 1999). Trabalhos como o de Silva (1999), Ferreira (2001) e Murofuse e Marziafe (2001) mostram que a grande incidência de Doenças Ocupacionais acomete profissionais que atuam em agências bancárias.

A evolução na incidência da DORT entre os bancários que exercem a função de caixa ocorre pela combinação das características inadequadas do mobiliário e dos equipamentos, da organização errônea do trabalho, pela tensão promovida pelo próprio serviço, pelo ritmo acelerado e ininterrupto imposto na jornada diária de trabalho (Murofuse & Marziafe, 2001).

Outro fator que favorece o bancário ser uma das classes profissionais mais acometidas pela DORT é a informatização, que faz com que o trabalhador não necessite se levantar do posto de trabalho para desempenhar suas funções (Murofuse & Marziafe, 2001). Com isso o profissional deixa de

realizar atividades físicas que poderiam prevenir casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Diversos setores da economia apresentam o risco elevado de apresentarem a DORT. A indústria de vestuário detecta a presença da DORT nos membros superiores de seus profissionais. As causas que mais favorecem o aparecimento da DORT nesses profissionais é a postura inadequada, tarefas monótonas e sem criatividade, sobrecarga mental e pressão para produzir (Barreto, 2000). Dados de Barreto (2000) mostram que a monotonia e a relação do trabalho com posturas inadequadas influenciam consideravelmente o aparecimento de DORTs.

Além disso, o trabalho na Indústria Têxtil favorece o aparecimento de outras enfermidades que podem ser mencionadas e que afetam a saúde do trabalhador ligado a condições laborativas erradas. Problemas nas colunas, dores nas pernas, distúrbios nos joelhos, e dormências nos membros superiores são sintomas comuns que se apresentam para essa classe trabalhadora. Quase 33% dos trabalhadores de indústria têxtil de Santa Cruz no Rio Grande do Norte relataram já ter realizado algum tipo de tratamento no que diz respeito aos sintomas ligados diretamente às DORTs (Maciel *et. al.*, 2006).

Profissionais que atuam em linhas de montagem também sofrem os efeitos do trabalho sobre o corpo. O próprio ambiente afeta a saúde do trabalhador, pois, observando o ambiente do ponto de vista acústico nota-se que a manutenção dos níveis de ruídos inferiores a 85 decibéis, o que seria ideal, investimentos altíssimos e, por isso, as empresas não promovem tal

ação. Sendo assim, os trabalhadores continuam trabalhando em condições impróprias para sua saúde (Antônio, 2003).

Os bibliotecários são outra classe profissional que correm os riscos de desenvolverem uma DORT. Isso é constatado através da grande incidência de doenças inflamatórias, dolorosas e incapacitantes que estão levando os bibliotecários a procurar tratamento fisioterapêutico. Esses profissionais relatam que seus sintomas se dão, por causa do uso excessivo dos membros superiores, e a coluna vertebral também sofre com o alto índice de repetições e sobrecarga mecânica (Taube, 2002).

Cada profissão oferece condições para que a DORT venha a se manifestar. Etiologicamente, a postura no posto de trabalho, a climatização do ambiente, a luminosidade, o maquinário utilizado no dia-a-dia, podem favorecer ou prejudicar a saúde do profissional.

As causas mais comuns que levam às DORTs podem ser relacionadas a fatores que se dividem em três categorias de risco como a má postura, os fatores de risco psicossociais, como a falta de apoio social, e os fatores de risco pessoais (Paula, 2005). Fatores desencadeadores da DORT podem ser relacionados com vibração, gênero, trabalho em postura tensa, e até mesmo o desprazer em realizar a atividade. A importância desses fatores destaca-se diante de atividades que exigem do trabalhador manusear aparelhos que vibram com uma frequência entre 8 a 100 Hz com aceleração excessiva são prejudiciais à saúde humana (Fernandes, 2000).

O gênero interfere no aparecimento da DORT porque as mulheres são mais predispostas a manifestar doenças inflamatórias numa relação de

duas a três vezes a mais que os homens, pois ela apresenta uma menor resistência estrutural, uma grande influencia hormonal, em especial os estrógenos, e pelo fato de apresentarem mais líquidos no corpo que o homem, o que dificulta a recuperação inflamatória (Fernandes, 2000). Os resultados apresentados por Fernandes levam a uma contradição, pois apesar de a mulher apresentar maior disposição para o desenvolvimento da DORT notou-se que os homens procuram mais freqüentemente realizar tratamentos provenientes de enfermidades relativas à DORT. A maior presença masculina nos centros de tratamento foi constatada por Ferreira (2001), e a causa pode estar relacionada à dupla jornada que a mulher desenvolve no emprego e em casa, em razão do que se sente impossibilitada de sair para procurar tratamento.

A postura tensa mostra-se prejudicial porque trabalhar sentado, por exemplo, com a coluna ereta e sem a possibilidade de manter-se em uma posição mais confortável é um fator sério e grave, pois leva a riscos de desenvolver doenças que compõe o quadro da DORT (Fernandes, 2000). O trabalho de Fernandes (2000) faz-se interessante porque temos diversas profissões como o bancário, o digitador, a atendente de telemarketing que mantêm posturas tensas e constantes por longos períodos durante a jornada, e que por isso podem vir a desenvolver doenças referentes à DORT.

O desprazer é também um fator considerável porque quem trabalha sem sentir na realização o prazer sua atividade, sofre mais rapidamente sintoma doloroso. Sabe-se que trabalhadores que gostam de suas atividades, de seu ambiente social de trabalho, são quem se adaptam melhor às condições vividas apresentam um limiar de dor mais elevado que pessoas que não apresentam essas características (Fernandes, 2000).

Em função de necessidade de compreensão da evolução, estas afecções foram didaticamente classificadas pela Previdência Social em quatro graus (MPAS, 2002):

Grau I – Há sensação de peso e desconforto no membro acometido, principalmente membros superiores e cintura escapular, e dor que aparece esporadicamente, que não interfere com a produtividade, melhora com o repouso. O prognóstico é bom.

Grau II – A dor torna-se mais persistente e intensa e aparece quase sempre durante a jornada de trabalho e nos momentos de exacerbação. Pode estar associada à redução da produtividade. Também são relatadas dores fora do ambiente de trabalho.

Grau III – A dor é mais persistente, ocorrendo alteração de força e sensibilidade e os sinais clínicos, como edema e hipertonia muscular podem estar presentes. O prognóstico é reservado, e o retorno ao trabalho é problemático.

Grau IV – Dor muito intensa e contínua. Ela se irradia às vezes por todo o membro. As atrofias, sobretudo dos dedos são comuns e a incapacidade laboral é muito freqüentemente substituída pela invalidez. Neste estágio da afecção, é comum o aparecimento de quadros depressivos, ansiedade e angústia.

Existem também outros fatores de extrema importância que favorecem o aparecimento dos sintomas correspondente à DORT, como o trabalho doméstico após uma jornada de trabalho, a prática de atividades esportivas que ao invés de relaxar exigem muito dos grupos musculares envolvidos no trabalho (Taube, 2002). Enfim, fatores externos ligados à longas

e exaustivas jornadas de trabalho são uma combinação eficaz para o desenvolvimento de doenças músculo-esqueléticas.

Taube (2002) mostra que existem fatores externos à jornada de trabalho que favorecem o aparecimento de doenças ocupacionais e cada um devem ser levados em consideração por ocasião da análise desta pesquisa.

O fato da maioria das mulheres serem as “responsáveis” pelos afazeres domésticos pode ser uma justificativa plausível para que elas mesmas sejam mais acometidas pela DORT do que os homens. A dupla jornada de trabalho acaba abalando-as emocionalmente, pois existe a preocupação de não conseguirem realizar as tarefas de casa, cuidar dos filhos, da família. Essa dificuldade traz um sofrimento muito grande, uma impotência e às vezes até a perda da identidade. A angústia e a depressão encontram-se diretamente ligadas a esse quadro (Neves, 2006).

Diferentes artigos, como o de Taube (2002) e o de Neves (2006), indicam que o trabalho doméstico associado à jornada de trabalho fora de casa torna-se uma combinação favorável ao acometimento feminino da DORT.

O quadro da DORT é composto por diversas enfermidades. Destacam-se as que se manifestam com maior freqüência: síndromes do supinador, do canal ulnar, do canal de Guyon, do pronador redondo, do interósseo anterior, do túnel do carpo, tenossinovite dos flexores dos dedos e dos flexores do carpo, tendinite distal do bíceps, tenossinovite do braquiorradial, epicondilite lateral, epicondilite medial ou epitrocleíte, síndrome miofascial, tendinite do bicipital, bursite, tendinite do supra-espinhoso, tenossinovite dos extensores dos dedos e do carpo (Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas /Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2000).

Cada doença que participa do quadro denominado DORT apresenta sua causa ocupacional, o que se pode comprovar através da análise Quadro 1 apresentado por Langoski em 2001.

Quadro 1: Principais Doenças e Causas Ocupacionais da DORT

DESORDENS MÚSCULO ESQUELÉTICAS	CAUSAS OCUPACIONAIS
Tenossinovite de De Quervain	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior que levam ao desvio ulnar do carpo.
Tenossinovite Ocupacional	Movimentos repetitivos, posto de trabalho inadequado com ritmo acelerado, sobrecarga de produção, horas-extras, pausas inadequadas.
Tendinite do músculo supra-espinhoso	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior.
Tendinite Bicipital	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior.
Dedo em Gatilho	Movimentos repetitivos
Epicondilite	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior, compressão mecânica do cotovelo.
Síndrome do Desfiladeiro Torácico	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior.
Síndrome do Pronador Redondo	Posturas viciosas do membro superior, alterações freqüentes de supinação e pronação durante as atividades, movimentos repetitivos.
Síndrome do Túnel do Carpo	Movimentos repetitivos, posturas viciosas do membro superior, compressão mecânica da base das mãos utilizando força na base da mão para realizar trabalho, vibração.
Síndrome da Tensão do Pescoço	Postura estática ou incorreta para realizar atividades.
Síndrome do Canal de Guyon	Uso de ferramentas inadequadas, movimentos repetitivos, atividade exigindo compressão mecânica na base das mãos, vibração.

Fonte: Lech & Hoefel (1992)

A primeira doença descrita na literatura relacionada às DORTs foi a tenossinovite, conforme demonstram os estudos de Assunção e Rocha (1994). A doença caracteriza-se pela restrição do livre movimento de um tendão, em razão da inflamação dele ou de sua bainha. Em 1891, Fritz De Quervain descreveu a doença como entorse das lavadeiras, pois mulheres que lavavam roupas e apresentavam desgaste sobre os tendões e o músculo adutor longo e o extensor curto do polegar foram as que mais manifestavam os sinais e sintomas da síndrome. Posteriormente a enfermidade passou a ser denominada de Tenossinovite do polegar ou Síndrome de De Quervain (Assunção & Rocha, 1994).

A síndrome do túnel do carpo foi descrita inicialmente por Sir James Paget em 1854, mas ainda não era associada à DORT. É definida como uma neuropatia periférica muito comum que ocorre por causa da compressão do nervo mediano ao nível do canal do carpo e apresenta sinais e sintomas causados pela compressão do nervo citado anteriormente (Pereira *et. al.*, 1993).

O tratamento da Síndrome do túnel do carpo pode ser conservador, com uso de medicamentos, injeção de esteróides, antiinflamatórios, e outras drogas. Mas pode se contar também com o tratamento cirúrgico, em que se realiza a secção do ligamento transversal do carpo (Pereira *et. al.*, 1993).

As tendinites são conhecidas por causarem a degeneração do tendão com comprometimento vascular e até mesmo calcificação do tendão. Os sintomas inflamatórios encontram-se diretamente ligados à lesão vascular ao hematoma e à atrofia com necrose tecidual.

As respostas humanas às DORTs incluem o comportamento, as reações fisiológicas e a cognição, atuam ainda como mecanismos defensivos para tentar controlar os fatores ambientais que criaram o desequilíbrio. Esses esforços aliados à capacidade de alcançar o equilíbrio produzem a sobrecarga dos mecanismos de resposta que conduzem à fadiga física e mental. A exposição prolongada a essas situações e a fadiga pode levar à tensão e ao adoecimento, principalmente de pessoas suscetíveis (Paula, 2005).

No século XIX ocorreu um marco na caracterização da vida do trabalhador, pois foi quando começou a surgir um vínculo entre a saúde e a capacidade para o trabalho. Por meio de um processo sócio-histórico, começou a emergir um novo conceito de saúde como o avesso da doença. A doença deixa de ser um fator físico e se transformou em uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade. Foi então necessário restaurar o corpo-trabalho para atender ao processo produtivo (Verthein, 2000).

2.2. O fator social na vida do trabalhador acometido por DORT

O fator social interfere na qualidade de vida de profissionais e depende de diversos fatores. A prática de exercícios físicos, o tempo da jornada de trabalho, as pausas realizadas durante o trabalho, a realização de horas-extras são fatores que irão determinar se o trabalhador desenvolverá ou não alguma enfermidade em razão de seu trabalho (Maciel, 2006). Os resultados apresentados por Maciel (2006) indicam que o trabalhador que realiza atividades físicas regulares e mantém hábitos de vida saudáveis relatam menor incidência de manifestação de DORTs, como de qualquer outra doença.

O comprometimento da qualidade de vida foi bem caracterizado por O'Neill em 1988 quando ela relatou a dificuldade em se adaptar a um quadro de tenossinovite e tendinite bastante acentuado em membro superior. Ela era do jornalista e a DORT a fez buscar o aprendizado em utilizar a mão esquerda para realizar suas atividades diárias depois que a mão direita mostrou-se inutilizada pela DORT. A luta pelo reconhecimento da doença frente à empresa que trabalhava também mostra essa alteração na qualidade de vida, pois foi um fator que gerou muitos transtornos na vida pessoal e profissional. A dificuldade de adaptação interfere no nosso trabalho pelo fato de comprometer o entendimento do conceito de qualidade de vida do portador de DORT a ser entrevistado, pois cada pessoa possui uma maneira de conceituar qualidade de vida. Esse conceito pode variar de acordo com a classe econômica, a religião e até mesmo com os ensinamentos culturais adquiridos durante a vida.

A falta de emprego por sintoma doloroso é uma realidade enfrentada pelo trabalhador de diversas empresas. Os distúrbios acometem o meio industrial relacionado com diversos fatores, como o avanço industrial, o desenvolvimento sócio-econômico da região. Esse aumento é mais observado nos últimos cinco anos (Maciel, 2006). Quando acontece o desemprego por causa da doença a vida social do profissional é modificada, e essas alterações afetarão a qualidade de vida do trabalhador e conseqüentemente devem ser considerados na análise de dados desta pesquisa.

A prática regular de exercícios físicos reduz o índice de DORT, pois a atividade física causa adaptações circulatórias e metabólicas, resultando em alterações que beneficiam o funcionamento muscular e os tecidos

conectivos. Assim, os riscos de o trabalhador desenvolver uma DORT são reduzidos drasticamente (Maciel, 2006).

O excesso de hora-extra, a ausência de pausas para descanso durante o trabalho e a realização de posturas errôneas desenvolve processos inflamatórios nas estruturas osteomusculares. As pausas para repouso, para que aconteça uma recuperação física de um processo de fadiga muscular, microtraumas de tendões bainhas e bolsas sinoviais também são fatores que afetam negativamente a qualidade de vida do profissional, pois a ausência dessas leva a doenças que estão englobadas nas DORTs (Maciel, 2006).

Publicações como Paula (2005) e Maciel (2006) mostram que as longas jornadas de trabalho associadas às ausências de pausas de descanso e a deficiência de atividades físicas favorecem o aparecimento das DORTs e comprometem a vida social do trabalhador.

Recentemente observa-se que pessoas que começaram a trabalhar muito cedo, geralmente no trabalho infantil, realizado por pessoas na faixa etária de cinco a quinze anos, desenvolvem alguma enfermidade relacionada à DORT e se afastam do serviço para tratamento. Em relação ao tempo de permanência no último emprego, o profissional que atua cerca de dois a cinco anos em média, trabalhando no mesmo emprego adoece durante os dois a dez anos seguintes (Ghisleni, 2005). Essa informação influencia esta pesquisa, pois, auxilia na opção de escolha do perfil etário da população que trabalhamos, porque pode explicar os resultados encontrados no estudo de Salim (2003). O autor nos apresenta dados os quais dizem que 4% da população de trabalhadores com DORT do estado de São Paulo estão em uma

faixa etária próxima dos dezesseis anos de idade e diz também que a prevalência da manifestação da doença ocorre durante idade jovem em que o trabalhador encontra-se no seu auge de desempenho profissional. Através da interligação dos dois trabalhos podemos predeterminar nosso público alvo.

Os trabalhadores que iniciam muito cedo suas atividades apresentam traços de tensão muscular excessiva, a qual recebe o nome de contração muscular involuntária. Os fatores psicossociais do trabalho afetam então região de ombro e pescoço levando a quadros álgicos que favorecem o aparecimento de lesões (Ghisleni, 2005).

Por meio de uma escala graduada entre zero e dez, em que zero é a ausência de dor, e dez, uma dor insuportável, foi encontrado em trabalhadores de diversos ramos de atividades a presença de quadros álgicos em grau consideravelmente elevados. Em 30% dos trabalhadores, foi constatado grau sete nas avaliações e em 28% grau oito (Ghisleni, 2005).

Para a recuperação do paciente, não bastam medicamentos e o cessar das dores, eles precisam esquecer as experiências afetivas vividas. A depressão afeta o aspecto psicológico desses trabalhadores quando não conseguem realizar alguma atividade que era executada anteriormente, o que acaba aumentando seu quadro álgico (Ghisleni, 2005). A autora afirma ainda que para se preservar a sociabilidade do trabalhador, o caráter psicológico deve ser bem trabalhado para cuidar da física corporal, cujo tópicos altera o desempenho do trabalhador que se encontra acometido de debilidade física e associa uma doença psicossomática ao seu quadro, o que acaba por dificultar

sua reabilitação, quando ele não realiza ou não conclui o tratamento (Ghisleni, 2005).

Em uma análise enfatizada do ponto de vista da psicologia cognitivo-comportamental há indícios fundamentados que os processos cognitivos, biológicos, comportamentais socioculturais, e ambientais têm uma influência direta que visa a promoção do ajuste entre o indivíduo e seu ambiente. As crenças, atitudes e comportamentos também são avaliados em pacientes com dor crônica (Lima, 2005).

A vida do trabalhador é afetada também pelas inversões drásticas que ocorrem no âmbito do mercado. Há que se destacar que, em meados da década de 1980 os acidentes de trabalho superavam em número os trabalhadores portadores de doenças ocupacionais, porém, atualmente ocorre o inverso. Embora quase nada conste nos registros de acidentes de trabalho, o número de indivíduos com doenças que se encontram na nomenclatura da DORT é bastante elevado (Salim, 2003). As alterações que acontecem no meio influenciam diretamente a saúde do trabalhador, mas são as condições sócio-culturais, ambientais e pessoais que interferem na vida e conseqüentemente na saúde das pessoas.

O fator ambiental deve então ser amplamente considerado no que se relaciona à saúde do trabalhador. Essa preocupação começou a ser considerada na década de 1970, quando a saúde ocupacional, a ecotoxicologia e a ergonomia foram incorporadas à área da ecologia humana. Em 1981 realizou-se então a II Jornada Brasileira de Ecologia Humana e a saúde ocupacional foi incluída nos anais do evento (Pignatti, 2004).

Na década de 1980, o conceito de ambiente torna-se, dentro do âmbito trabalhista, um espaço definido geograficamente. O espaço físico passa a ser socialmente ocupado, desenvolve o capitalismo e as variadas formações econômico-sociais, que possui impacto direto na relação saúde-ambiente (Pignatti, 2004).

O ambiente torna-se um fator de extrema importância durante a avaliação do processo saúde-trabalho. Quando o ambiente de trabalho recebe uma análise relativamente significativa questiona-se a eficácia da proteção que os equipamentos deveriam realizar. O conhecimento do assunto segurança e saúde do trabalhador pelos funcionários de empresas com alto grau de escolaridade e salários elevados comprovam-se inferiores à necessidade e isso explica o descaso com o assunto vindo do sistema educacional brasileiro (Rink, 2004).

Quando o Estado e a sociedade realizam um trabalho em prol da saúde do operário define o real significado de responsabilidade social. As empresas realizam esse papel quando há um relacionamento satisfatório entre ela e seus trabalhadores, quando benefícios não obrigatórios por lei são concedidos aos funcionários, ou quando há uma eficácia no controle efetivo do ambiente de trabalho (Rink, 2004).

A saúde e a segurança do trabalhador confundem-se com a responsabilidade social quando todos os objetivos precedentes são alcançados, para o que é necessário de um ambiente livre de todos os riscos possíveis. Sempre que houver riscos de acidentes, a DORT pode acometer determinado grupo de trabalhadores. Somente uma real posição de igualdade

e responsabilidade dos empresários pode garantir as transformações necessárias que devem determinar um ambiente de trabalho seguro e saudável para os trabalhadores (Rink, 2004).

No ambiente hospitalar, resultados de estudos evidenciam que as jornadas rotativas causam alterações do sono, distúrbios nervosos e digestivos. Socialmente, a vida familiar e interpessoal também sofre alterações significativas. O profissional de enfermagem, por exemplo, passa a ser o trabalhador no âmbito hospitalar que mais sofre prejuízos em razão da intervenção do ambiente na vida profissional. Além dessas dificuldades, os recursos materiais insuficientes e inadequados colaboram para que as condições de insegurança no trabalho se manifestem e conseqüentemente a DORT se apresente (Alves, 1988).

Estudos referentes às condições de saúde do trabalhador precisam considerar a relação entre saúde e trabalho. A ligação entre saúde e trabalho é extrapolada, e a visão tradicional entre saúde ocupacional abre espaço à visão do ambiente interferindo no trabalho (Oliveira & Murofuse, 2001).

Nas palavras de Dias (1993), enquanto prática social a saúde do trabalhador apresenta dimensões sociais políticas e técnicas, indissociáveis, que marcam sua ação e respondem pela ruptura com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação social, reduzindo ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade.

Socialmente falando, a vida do profissional se torna árdua. Observando como o cirurgião-dentista reage à DORT notamos que o trabalhador assume uma condição elevada de estresse o que se divide em duas vertentes: o estresse oriundo da organização das tarefas da clínica e o estresse oriundo da relação interpessoal (Langoski, 2001).

Relativo ao estresse oriundo da organização das tarefas da clínica é notável fatores que mostram um profissional com dificuldades de administrar seu negócio, apresentando-se física e mentalmente isolado. Por exemplo, um dentista com dificuldades de conquistar a confiança do paciente pode, enfim, ter abalada sua vida profissional por causa de seu problema de saúde (Langoski, 2001).

Já observando o estresse direcionado à relação interpessoal, há trabalhadores que temem o tratamento a que serão submetidos, pessoas ansiosas, que sentem tensão diante de emergências. Esses fatores diagnosticam então um prognóstico desfavorável (Langoski, 2001).

Enfim a DORT trás transtornos físicos, psicológicos, sociais ao trabalhador acometido e às pessoas que vivem em sua volta. E a adaptação à nova situação geralmente é um caráter difícil e complicado que deve ser trabalhado. Atualmente, profissionais da saúde atuam para auxiliar os trabalhadores a solucionarem seus problemas de saúde.

A Revolução Industrial levou o trabalhador a submeter-se a condições precárias de trabalho. As longas jornadas, a submissão ao trabalho perigoso, os acidentes de trabalho, passaram a fazer parte de uma rotina diária. O médico tornou-se uma figura importante nas empresas, pois caso houvesse algum problema de saúde, ele poderia saná-lo, fazendo o profissional retornar o mais rápido possível a sua função. Surgiu então a medicina do trabalho que começou a se desenvolver (Oliveira, 2001).

A busca de melhorias na saúde ocupacional começa a tomar forma por meio de um contexto econômico e político. Somente no período da II Guerra Mundial e no Pós-Guerra começou-se a perceber que os custos

elevados com indenizações estavam custando muito às empresas e assim, comprometiam a economia das mesmas. As perdas de vidas por acidentes de trabalho ou por doenças relacionadas ao trabalho começaram a se evidenciar e com isso tanto as empresas quanto os empregados estavam sentindo a necessidade dessas melhorias (Oliveira, 2001).

Não só o médico, mas o engenheiro, o toxicologista e outros profissionais passaram a compor uma equipe responsável pela saúde do trabalhador no interior da empresa. A finalidade era intervir nos postos de trabalho controlando os riscos ambientais e mantendo a saúde da equipe de trabalho (Oliveira, 2001). O trabalho multidisciplinar favorece a recuperação do trabalhador física e psicologicamente, assim, a vida social do trabalhador pode ser restabelecida o quanto antes.

No Brasil, o desenvolvimento de uma equipe multidisciplinar para cuidar da saúde do trabalhador ainda não ocorreu de maneira consolidada, e essa preocupação ficou restrita ao profissional de medicina, o que veio a prejudicar o resultado final do processo de evolução no que se relaciona à saúde do trabalhador (Oliveira, 2001).

Enfim, a atuação eficaz da equipe de saúde associada às mudanças ocorridas na área tecnológica representa aparentemente melhoria nas condições de trabalho, mas na verdade, os riscos à saúde do trabalhador que a tecnologia oferece são maiores que os benefícios. O aparecimento das DORTs é mais provável que antes dessa “evolução”. E assim a qualidade de vida do trabalhador fica mais uma vez comprometida (Oliveira, 2001).

2.3. A qualidade de vida do profissional portador de DORT

A qualidade de vida vem sendo buscada de forma acirrada em diversos segmentos da sociedade. No campo profissional, ela também necessita ser alcançada, até mesmo porque, se não se apresenta qualidade em um setor da vida, os outros acabam sendo seriamente comprometidos.

A qualidade de vida no trabalho (QVT) define-se pelo conjunto de ações empresariais que envolvem a implantação de melhorias no ambiente de trabalho. A relação empresa-empregado deve ocorrer de acordo com uma única ótica. Assim, campanhas, criação e implantação de serviços e projetos acontecem com mais sucesso alcançando o desenvolvimento das pessoas durante o trabalho na empresa (França, 1997).

O número de pessoas que vêm utilizando o termo QVT é cada vez maior. O objetivo do emprego dessa nomenclatura é satisfazer o empregado no seu trabalho e promover com essa satisfação o lucro e o aumento da competitividade dentro da organização (Gruspan, 2005).

Há quem diga que pessoas que não apresentam QVT, não possuem Qualidade de Vida Pessoal. A busca da qualidade de vida no trabalho é um propósito para as organizações mais sintonizadas com os novos tempos. A alta competição proposta pelo mercado apresenta uma realidade que integra os setores organizados da sociedade (Gruspan, 2005).

Para que se possa identificar se a vida do trabalhador apresenta uma qualidade, alguns fatores devem ser levados em consideração, dentre os quais podemos destacar: A compensação justa e adequada, as condições de trabalho, o uso e o desenvolvimento de capacidades, a oportunidade de crescimento e segurança, a integração social na organização, o

constitucionalismo, o trabalho e o espaço total de vida e a relevância social do trabalho (Vasconcelos, 2001).

Para que esses critérios sejam considerados devemos levar em conta alguns Indicadores de Qualidade de Vida. Referente a cada tópico podemos destacar: a compensação justa e adequada apresenta como Indicadores de QVT a equidade interna e externa, a justiça na compensação, e a partilha dos ganhos de produtividade (Vasconcelos, 2001).

As condições de trabalho têm como Indicadores de QVT se uma jornada de trabalho é razoável ou não, se o ambiente físico é seguro e saudável, e se a ausência de insalubridade existe (Vasconcelos, 2001).

O uso e o desenvolvimento de capacidades também indicam se o profissional apresenta ou não QVT e para isso observa-se se o profissional tem autonomia, autocontrole relativo, qualidades múltiplas, e totais informações sobre o processo de trabalho (Vasconcelos, 2001).

Outro fator a ser considerado é a oportunidade de crescimento e segurança, que define QVT através das seguintes características possibilidade de carreira, crescimento pessoal, perspectiva de avanço salarial, segurança de emprego (Vasconcelos, 2001).

A integração social na organização também é um critério que apresenta seus indicadores de QVT, e podemos delimitá-los em ausência de preconceitos, igualdade, mobilidade, relacionamento e senso comunitário (Vasconcelos, 2001).

O constitucionalismo indica se o profissional apresenta ou não QVT através dos seguintes critérios direitos de proteção ao trabalhador, privacidade

pessoal, liberdade de expressão, tratamento imparcial e direito trabalhista (Vasconcelos, 2001).

O trabalho e o espaço total de vida, que tem como indicadores de QVT o papel balanceado no trabalho, a estabilidade de horários, poucas mudanças geográficas e tempo para o lazer da família (Vasconcelos, 2001).

Por fim, a relevância social do trabalho, que apresenta a imagem da empresa, a responsabilidade social da mesma, a responsabilidade pelos produtos e as práticas de emprego como indicadores de QVT.

Sabe-se da importância que esses critérios e indicadores apresentam na vida de alguns trabalhadores, porém há quem defenda que identificar se o trabalhador tem qualidade de vida ou não em seu trabalho depende de outras características, como por exemplo, a compensação justa e adequada, as condições de trabalho ou mesmo a relevância social do trabalho. É importante destacar que cada tópico identificado por qualquer autor tem seu grau de importância, ou seja, cada um mostra-se relevante para um grupo de trabalhadores.

Há ainda quem afirme que qualidade de vida no trabalho é atribuída a outros fatores e destaca então como tópicos importantes uma renda capaz de satisfazer as necessidades familiares, uma auto-estima, um orgulho pela conquista do trabalho bem feito, a satisfação referente à vida pessoal, um potencial de inteligência que possa ser trabalhado e desenvolvido, o respeito aos direitos do trabalhador, horários e condições de trabalhos sensatos, equilíbrio entre trabalho e lazer (Sucesso, 1998).

Os fatores políticos, culturais, jurídicos e religiosos, assim como os fatores psicológicos e sociais são marcantes na construção referente ao

sentido de se trabalhar. Cada fator anteriormente citado colabora para a definição do tipo de personalidade, afirmando o profissional como útil ou inútil na sociedade (Verthein & Gomez, 2001).

Devem-se evitar outros fatores que possam prejudicar a qualidade de vida no trabalho. Pesquisa com 146 países constatou que 50% dos profissionais levam trabalho para casa, 50% se queixam de estresse e 60,8% se queixam que a jornada de trabalho interfere na vida pessoal (Vasconcelos, 2001). Para cada um desses fatores devem ser buscadas suas causas para que não haja relações negativas entre o trabalho e a busca de realizações pessoais.

A relação psiquiatria-Estado é um fator importante que afetará a vida do trabalhador. No Brasil o projeto de profilaxia social desenvolvido com a elaboração do Regulamento Sanitário Federal de 1923 e da Liga Brasileira de Higiene Mental acrescentou esse tópico o papel do Estado diante das doenças que englobam a DORT (Verthein & Gomez, 2001).

Existem empresas que chegam a realizar programas e treinamentos com funcionários na busca de se melhorar a QVT. Encontra-se no trabalho: “A Qualidade da Qualidade: Uma perspectiva na saúde do trabalhador” estudos voltados para a área de tecelagem, tinturaria, de empresas de vestuário. Contudo para se alcançar resultado satisfatório realizou-se também palestras, a criação de grupos de trabalho, em que um passou a se preocupar com o outro, a criação do programa de limpeza (Oliveira, 1997). Todos esses tópicos abordados vêm favorecer uma melhoria na QVT e conseqüentemente uma redução dos riscos de se desenvolver a DORT, sendo assim, este se transforma em um fator essencial para o bom andamento de nosso estudo.

Por meio de uma pesquisa realizada no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS/RJ), notou-se que a leitura das emoções está diretamente influenciada pelo estado patológico. Além da doença em si, outras considerações devem ser levadas em conta. As instituições sociais, a família e escola, as indústrias, hospitais e o local de trabalho atuam diretamente nas individualidades do trabalhador, o que vem também interferindo na emoção esboçada pelo profissional (Verthein & Gomez, 2001).

Uma característica a ser abordada de extrema importância é que no cenário atual a Previdência Social busca descaracterizar a DORT como fator condicionante de aposentadoria. (Verthein & Gomez, 2001). O trabalho de Verthein & Gomez (2001) apresenta evidências de que o trabalhador continua a trabalhar mesmo que sofra um processo inflamatório agudo, o que faz que o profissional venha a perder qualidade de vida.

O primeiro e um dos mais importantes é que o custo das indenizações pagas pelo INSS aos trabalhadores em auxílio-acidente é altíssimo. Com isso na perícia médica do INSS “ficam abolidas” as DORTs e com elas os benefícios. Segundo, os diagnósticos passam a ser baseados em doenças crônico-degenerativas e psiquiátricas. E por fim, os laudos indicam uma predisposição de adoecimento por parte do trabalhador. Observa-se no próprio quadro que mostra os laudos dos processos encaminhados para análise do nexos das DORT, no INSS/RJ que as abordagens das enfermidades descartam fatores lesivos do trabalho do processo de adoecimento das DORT e diagnosticam as doenças como aspectos ditos psicogênicos, dentre os quais doenças crônicas e degenerativas (Verthein & Gomez, 2001).

O problema se dá talvez porque o tempo de afastamento muitas vezes pode ser excessivo, o que gera gastos consideráveis e perdas de produção importantes para a empresa e para a seguridade social.

Os quadros algícos são fatores que influenciam diretamente a vida de um trabalhador e sua qualidade. Elas acabam tornando-se fatores condicionantes quando chega o momento de decidir entre continuar trabalhando e pedir demissão, entre aposentar-se ou não, caso ocorra aposentadoria, pode haver redução substancialmente sua remuneração.

As dores podem manifestar-se de forma invisível, ou seja, o trabalhador relata sua existência, contudo não pode provar que ela está ali, ou mesmo se permanece. Assim, pode acontecer do trabalhador perder o apoio da empresa em que trabalha e a assistência governamental (INSS). Apesar de haver uma continuidade no tratamento, quando este é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o sucateamento da rede de saúde não ajuda no tratamento e o profissional permanece com sua debilidade (Verthein & Gomez, 2001).

O medo de adoecer, a ansiedade, a insegurança são relatados por trabalhadores ao longo de sua história, mas eles sabem que caso a doença se manifeste não haverá respaldo da empresa em que trabalham que se utilizam os argumentos do INSS que considera a doença um misto de somático e de emoções. O medo se fortalece no risco de perder o emprego, e para faz que trabalhadores que tentam se adaptar evitar os problemas de saúde ou para conviverem com eles sem prejudicar a jornada diária de trabalho (Verthein & Gomez, 2001). Os resultados da pesquisa indicam que, nessa persistência em

trabalhar mesmo doente, a QVT sofre conseqüências consideráveis e acaba refletindo-se na qualidade de vida pessoal.

O custo social evidencia-se, pois, em diversos casos as DORTs, os sintomas manifestam-se na faixa etária em que o trabalhador encontra-se em ascensão econômica. O medo de perder o emprego aparece lado a lado com uma incapacitação para o trabalho e para uma boa relação social (Rodrigues, 2003). O comprometimento da saúde do trabalhador no período de ascensão financeira também pode trazer déficits psicológicos que influenciarão os conceitos qualitativos da vida.

Diversos trabalhos como os de Verthein & Gomez (2001) e Rodrigues (2003) indicam que o medo de represálias no local de trabalho, ou mesmo de se perder esse emprego faz o profissional ignorar a doença e seus sintomas e continuar a trabalhar até o último instante. Eles afirmam ainda possuírem o medo de como a sociedade vai aceitá-los ou se vão marginalizá-los.

A satisfação social mostra-se importante até mesmo no momento de expor seu produto. Devemos considerar que a satisfação sempre deve ser buscada através do conhecimento dos hábitos e expectativas do cliente. E o mesmo não alcançará satisfação plena se os trabalhadores que levam o produto à população não se apresentam satisfeitos. Ou seja, forma-se uma corrente, se o profissional encontra-se satisfeito com o trabalho ele passa isso ao cliente, que leva o produto com satisfação e mantém o bem-estar do profissional (Nakamura, 2001).

Todos esses fatores citados caracterizam se o profissional apresenta ou não qualidade de vida no trabalho. Não se pode, portanto, destacar um ou

outro fator, como faixa salarial ou relação empresa-empregado: na verdade, trata-se um conjunto de ideais que são buscados e que favorecem a vida produtiva do trabalhador.

2.4. O afastamento e o retorno ao mercado de trabalho

Quando a qualidade de vida no trabalho se encontra comprometida o afastamento do trabalho torna-se inevitável. O caráter patológico associado à baixa QVT faz o profissional chegar a pontos extremos que impedem a busca de tratamento. A permanência do trabalho com a doença favorece então o afastamento definitivo quando as dores se tornam insuportáveis.

Quando constatado o processo patológico, o profissional cria uma barreira resistente no que se refere ao tema afastamento do trabalho. Quando ocorre o afastamento não se pode definir com precisão o tempo, e o problema aumenta nesse detalhe. O profissional quando é impedido de trabalhar por um período extenso passa a sofrer psicologicamente, o mesmo torna-se uma pessoa introspectiva e passa a se isolar dos colegas, antes considerados amigos, e às vezes até da família (Pennella, 2000).

O afastamento ocorre somente no momento em que o profissional não suporta mais a dor, ou seja, quando o grau da doença está muito avançado, assim, o período que o trabalhador fica sem trabalhar para realizar o tratamento é superior ao período necessário se o tratamento for buscado no instante correto, isto é, no início dos sintomas (Pennella, 2000). Os dados de Pennella (2000) indicam que quando o profissional se afasta do posto de trabalho sua qualidade de vida tanto pessoal quanto profissional fica comprometida, pois o mesmo perde sua identidade e sua referência pessoal.

A visão que a família adquire do afastamento do indivíduo também não colabora com o apoio que o trabalhador necessita. Ao invés de perceber o afastamento como um fator temporário e necessário para tratamento da doença, a visão muitas vezes é de desocupação, e a família exige do paciente a realização de atividades incompatíveis à saúde do mesmo (Maeno *et al.* 2005). O receio referente à como a sociedade irá encarar o afastamento também adia o pedido de licença e compromete a qualidade de vida do indivíduo.

A atenção e a dedicação familiar nos cuidados do paciente com DORT são muito importantes, pois ele necessita desse zelo para que os benefícios com o tratamento sejam alcançados. As dificuldades surgem, porém, caso o afastamento seja identificado com a preguiça e o comodismo (Maeno *et al.*, 2005).

Na busca de manter sua identidade intacta, os bancários, por exemplo, procuram diversas alternativas que amenizem os sintomas dolorosos para assim manterem a jornada diária de trabalho (Pennella, 2000).

Em relatos de alguns bancários que se mantiveram um período extenso afastado o que mais incomodou foi o fato de sentirem a auto-estima reduzir consideravelmente. Em alguns casos citou-se que no tempo afastado o profissional não estudou, não cresceu profissionalmente, e com isso concluíram que regrediram pessoalmente (Pennella, 2000).

Mas o que contribui para essa regressão é o fato do trabalhador que sempre produziu sentir-se impedido de desfrutar de qualquer tipo de prazer, lazer, divertimentos, viagens, enquanto não retornar ao mercado de trabalho e isso faz com que ele mantenha-se inativo por todo o período de reabilitação da

doença (Pennella, 2000). O caráter psicológico da doença faz com que o comprometimento transcenda os sintomas biológicos e alcance os sintomas sociais.

Há relatos também de trabalhadores que evitam levar uma vida social e passam a deixar de realizar ações que faziam com frequência. Podemos exemplificar isso no relato de uma trabalhadora com DORT, afastada do serviço que afirmou: “Eu sempre gostei de dançar na época que eu trabalhava, mas agora se eu sair o pessoal que me vê por aí vai pensar assim: como é que ela tá com saúde para ir para uma festa dançar e não tem saúde para ir trabalhar? E então eu comecei a me incomodar” (Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004). Relatos assim mostram que a pressão social recebe um respaldo enorme e influencia o modo como o paciente percebe sua doença. A visão negativa amplia a extensão das conseqüências.

Esse então é outro fator que vem comprometer a qualidade de vida da pessoa, pois a mesma, enquanto encontra-se afastada do serviço vive em função da doença, ou seja, na expectativa de melhorar o mais rápido possível para retornar a trabalhar. Na realidade entende-se que há um número elevado de profissionais acometido pela DORT que estão afastados, porém, existe um número não conhecido, escondido pelo medo de se perder uma identidade conquistada com o suor do trabalho.

Atualmente sabe-se através de pesquisa realizada pela Data-Folha que somente na cidade de São Paulo, o número de trabalhadores que sofrem alguma enfermidade relacionada à DORT é superior a 310 mil, o que corresponde a 4% de todos os trabalhadores paulistanos acima de 16 anos de

idade (Salim, 2003). Deve-se destacar que esse dado refere-se somente aos casos realmente diagnosticados e que os casos omitidos superam consideravelmente esses dados (Salim, 2003). A grandiosidade dos números foi um motivo primordial que instigou o desenvolvimento deste trabalho.

Esses números são preocupantes, porém não são dados estatísticos que estão se apresentando assim inicialmente. Se considerarmos a população desempregada da região de Belo Horizonte por sexo e idade no período anual de 1998 notamos que as mulheres desempregadas a faixa etária relativamente mais expressiva perdura em torno de 18 a 24 anos em 35,3% e 25 a 39 anos em 33,5%. O curioso é que esses números coincidem com o número de mulheres acometidas por DORT na região (Salim, 2003). A faixa etária relatada na bibliografia pesquisada também foi condicionante para a opção da população pesquisada.

Surge então uma questão importante: todos os pacientes com DORT devem ser afastados do trabalho? O ideal seria não ocorrer esse afastamento, que o diagnóstico acontecesse no período inicial da doença e que a empresa oferecesse ao trabalhador tratamento imediato e o remanejamento de função. A empresa deveria manter postos de trabalho adequados, flexibilidade para receber pessoas com restrições laborais, políticas que venham a evitar novos casos de DORT. Mas é válido destacar que normalmente o afastamento e o período que o trabalhador permanece afastado ocorrem devido aos mesmos fatores, ou seja, a ausência dos aspectos anteriormente discutidos. (Maeno *et al.*, 2005).

Sabe-se que o afastamento do mercado de trabalho acaba se tornando um fator primordial quando se analisa o perfil físico do profissional. O

repouso, a fisioterapia, o tratamento medicamentoso surte mais efeito quando o mesmo não desempenha os fatores que o levaram a manifestar a DORT. Mas é imprescindível destacarmos que esse afastamento ataca o psicológico e a auto-estima do indivíduo como já demonstramos. Vale ressaltar ainda que no retorno ao mercado de trabalho, o profissional sofre novamente pressões psicológicas, em que o mesmo precisará se adaptar às novas condições no local, à nova rotina e à busca de uma nova identidade. As expectativas não geram confiança. O medo de a dor ressurgir também incomoda esse profissional, e mais uma vez o trabalhador que sofre constantemente essas pressões é o bancário primeiramente, já que estão mais susceptíveis às DORTs.

A burocracia para a reinserção do trabalhador no mercado trabalhista é grandiosa. No caso do bancário, assim que a perícia médica do INSS dá alta, o trabalhador passa a participar de um centro de reabilitação profissional, para que seja realizada uma análise de reinserção do trabalhador na agência bancária sem que a lesão anterior reapareça. O profissional volta ao banco para exercer outra função e sempre supervisionado por um profissional de saúde. Só após esse processo, o bancário retorna à agência em definitivo (Pennella, 2000). E a complicação burocrática dificulta o regresso ao trabalho e retarda a melhoria na qualidade de vida.

A relação entre o regresso ao trabalho e a qualidade de vida se dá quando consideramos que se o profissional não trabalha por motivos de saúde a sensação de peso social acontece e ele se sente sem identidade.

O retorno é tecnicamente mais complicado do que se pensa, pois a capacidade laborativa que deveria ser preservada não o é. Os centros de

reabilitação profissionais não estão preparados para trabalhar com o trabalhador com DORT, pelo fato de ser uma doença sem reconhecimento social. Contudo o desempenho profissional passa a ser comprometido nessa reinserção (Pennella, 2000).

Nos casos de retorno ao trabalho, independentemente do paciente ter sido encaminhado ao centro de reabilitação profissional ou não, devem ser realizados exames que avaliam a capacidade de retorno ao trabalho. Esse exame é obrigatório legalmente nos casos de afastamento superior ou igual a trinta dias, seja por doença ocupacional ou não, ou parto, e se realiza no primeiro dia de retorno ao trabalho. O objetivo desse exame é aferir a capacidade laboral do paciente e a adequação do posto de trabalho para o qual está destinado (Maeno, *et al.*, 2005). O retorno ao trabalho passa a ser visto como o marco inicial para restaurar a qualidade de vida.

Há empresas que, independentemente do INSS, possuem programas de recolocação do profissional no trabalho, em função compatível com suas restrições laborais (Maeno, *et al.*, 2005).

O retorno ao mercado de trabalho sempre foi um problema discutível. Em pesquisa realizada em agências do Banco Meridional, no entorno de Porto Alegre, observou-se após o afastamento por DORT os trabalhadores que trabalhavam em condições extremamente inadequadas, sem ventilação e com muita poeira e fuligem acumuladas pelas obras que estavam sendo realizadas no prédio. Após denúncias o banco foi autuado e remanejou os trabalhadores a outros setores da empresa (Netz & Amazarray, 2005).

Após o remanejamento dos funcionários, foi constatado que o novo posto de trabalho dos funcionários era ainda pior que o anterior, e as condições

de higiene eram alarmantes, pois havia lixo, ratazanas mortas, sem mencionar a ausência de água potável e banheiro (Netz & Amazarray, 2005). Esse levantamento vem então a questionar se quando o trabalhador retorna ao mercado de trabalho ele recupera sua qualidade de vida.

Até mesmo a identidade profissional passa a ser redescoberta nesse momento, e se necessário reconstruída. É a nova relação estabelecida entre saúde, trabalho e doença que permite que a identidade profissional volte a fazer parte da vida desse indivíduo (Pennella, 2000). Sem essa identidade a qualidade de vida torna-se impossível, pois, ela acaba sendo a meta a se alcançar pelo trabalhador portador de DORT que retorna ao mercado.

A ansiedade é um tópico intensamente presente na vida da pessoa que apresenta a DORT. Enquanto se realiza esse processo de retorno e a nova identidade vai surgindo, o trabalhador tem que adaptar-se a novos maquinários, novos sistemas operacionais e a uma rotina diferente da que ele estava habituado antes de se afastar (Pennella, 2000). Esse processo pode retardar a aquisição de nova identidade e, com ela, o retorno à qualidade de vida.

A complexidade se apresenta na nova vida laboral, que exige novos conhecimentos, outras formas de ação, ou que resulta modificações na atividade interna e externa das pessoas em suas relações com o ambiente físico e social (Pennella, 2000).

Outro fator de grande relevância é que, em alguns casos, o trabalhador afastado, após um período de afastamento e falha na reabilitação, é a aposentadoria por invalidez em virtude da DORT. Em alguns casos a

aposentadoria também faz a pessoa manter-se debilitada por ser jovem ainda e não poder continuar ativo na economia.

Em pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), as aposentadorias ocorrem por diversos motivos. A invalidez tem relevância significativa, porém a justificativa de destaque para as aposentadorias por invalidez foram as DORTs (Sampaio *et al.*, 2003).

Para que a aposentadoria motivada pela DORT se concretize, o trabalhador necessita comprovar tempo de trabalho, exposição aos agentes nocivos e prejudiciais à saúde por um período longo e contínuo. O tempo trabalhado sob tais condições se somará ao tempo de serviço realizado em atividades que não são consideradas prejudiciais à saúde. A análise de tais dados se realiza pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (Legislação De Segurança E Medicina No Trabalho, 2003). A análise em questão interfere em nosso trabalho quando cruzamos os dados da análise do Ministério com as condições de Qualidade de vida esperada pelo profissional.

Essa aposentadoria “forçada” vem a trazer maiores benefícios ao profissional, pois a exclusão do mercado de trabalho retira do trabalhador o medo do desemprego e a responsabilidade de alcançar metas de produção (Veneu, 1990). De acordo com a pesquisa de Veneu (1990) o afastamento do trabalho favorece a qualidade de vida do trabalhador desde que ele considere o desemprego e a dificuldade de obtenção das metas como fator estressante.

A aposentadoria muitas vezes, é vista como benefício em razão do trabalho intenso no decorrer da vida. Porém, o trabalhador portador de DORT vê a aposentadoria com muito pesar, pois ela é o resultado de dores e incômodos que o impedem de viver ativo economicamente, além de trazer

sentimentos de frustração, carência, dependência e, às vezes, até crises depressivas.

2.5. Vale do São Patrício

O Vale do São Patrício está localizado no centro goiano, na mesoregião de Goiânia e microrregião de Ceres, geograficamente possui situação privilegiada, com menos de 200km de distância da capital e de fácil acesso à Anápolis, Brasília e Norte do Estado. É constituída de 22 municípios: Barro Alto, Carmo do Rio Verde, Ceres, Goianésia, Guaraíta, Guarinos, Hidrolina, Ipiranga de Goiás, Itapaci, Itapuranga, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianápolis, Rubiataba, Santa Isabel, Santa Rita do Novo Destino, São Luiz do Norte, São Patrício e Uruana, abrangendo uma área de 35.978,3 km², com uma população de 318.694 habitantes, sendo 232.173 urbana e 86.521 rural (IBGE, 2000). Vale ressaltar que a base econômica da região é a agricultura.

3. OBJETIVOS:

Diante do exposto, os principais objetivos deste trabalho são:

Geral:

Analisar a qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da Região do Vale do São Patrício.

Específicos:

1. Avaliar os níveis de bem-estar social do trabalhador portador de DORT.
2. Analisar o nível sócio-econômico do trabalhador portador de DORT.
3. Descrever as relações pessoais do trabalhador portador de DORT com a família, os amigos e com suas visões pessoais abrangendo ainda suas atividades de lazer.
4. Relacionar as mudanças ambientais na rotina do trabalhador com DORT, observando as dificuldades ambientais para a adaptação.
5. Discutir as possíveis diferenças existentes entre o portador de DORT residente em cidades pequenas e aquelas das cidades grandes, uma vez que na literatura, existe a predominância de estudos realizados com o segundo grupo.

4. MÉTODO

População de estudo:

Participaram do trabalho 142 pessoas com diagnóstico confirmado de DORT, dentre as quais se pode destacar que destes, 51 pessoas eram do sexo masculino e 91 do sexo feminino. Alguns critérios de inclusão foram adotados para selecionar os indivíduos que poderiam participar de nossa pesquisa.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) idade entre dezoito e cinquenta anos; b) ser trabalhador e estar temporariamente afastado do trabalho pelo diagnóstico de DORT; c) ser paciente de uma das instituições da região que gentilmente nos auxiliaram na coleta de dados; d) ter concluído no mínimo o ensino fundamental; e) aceitar participar da pesquisa em caráter voluntário sem qualquer bonificação envolvida.

O critério de exclusão é estar afastado temporariamente do trabalho por motivo que não seja o diagnóstico de DORT.

Instrumento:

O instrumento utilizado foi um questionário com os seguintes itens (ver anexo B):

- Dados sociodemográficos; tempo de afastamento; última função desempenhada antes do afastamento.
- Escala do Bem-estar geral: Desenvolvida por Fazio (1971) e utilizada por Torres e Lima Paula (2001) com motoristas do transporte coletivo de Goiânia; por Torres e Ferreira (2001) como

bancários goianienses portadores de DORT e por Rabelo e Torres (2005) com trabalhadores em saúde mental de Goiânia. Em todos esses trabalhos a escala teve o coeficiente de fidedignidade bastante alto (entre 0,87 e 0,92), mostrando assim que ela mensura o construto definido teoricamente como “bem-estar geral”.

- Perguntas abertas sobre o diagnóstico da DORT.
- Perguntas fechadas em que se solicita a avaliação das antigas condições de trabalho.
- Perguntas abertas e fechadas para avaliação das relações pessoais após o diagnóstico da DORT.
- Perguntas sobre as atividades de lazer.
- Perguntas sobre a adaptação do ambiente para as necessidades da DORT.
- Pergunta sobre o planejamento de um possível retorno ao trabalho.

Tanto no contato verbal inicial, como no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na introdução do instrumento que será utilizado, a informação sobre o anonimato, confidencialidade e a liberdade para parar se assim o quiserem, foram enfatizadas ao participante.

Procedimento:

O Instrumento foi respondido individualmente, em um tempo médio de vinte minutos, no horário em que os participantes chegavam para tratamento fisioterapêutico nas Instituições que colaboraram para a execução do projeto. A

aplicação do instrumento ocorreu com 142 participantes no mês de junho de 2008.

A coleta de dados aconteceu nas cidades de Ceres e Rialma, localizadas no Vale do São Patrício. A cidade de Ceres é considerada um Centro de Saúde de referência para os pacientes da região. Os pacientes do Vale do São Patrício buscam tratamento de saúde em Ceres inicialmente, para depois, se necessário, buscarem centros maiores como Anápolis ou Goiânia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos dos participantes

Participaram deste trabalho 142 indivíduos que já estavam diagnosticados como portadores de Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT), dos quais 35,9% eram homens e 64,1% mulheres. Uma possível explicação para esses índices é que as mulheres são mais susceptíveis ao desenvolvimento da DORT, pois sabe-se que a elevada quantidade de estrógeno no corpo, o maior acúmulo de líquidos pelo corpo e a própria fragilidade músculo-esquelética feminina favorecem uma predominância maior no desenvolvimento de doenças com caráter inflamatório nas mulheres quando comparadas aos homens. Em relação aos profissionais pesquisados, pode-se dizer que a maioria deles estava afastada da atuação profissional há no máximo dois anos (71,8%), e os (28,2%) restantes encontravam-se afastados do trabalho havia mais de dois anos. Vale ressaltar que mais da metade (68,3%) dos profissionais afastados obtinham renda fora do emprego em que trabalhavam quando adoeceram no valor aproximado de um salário mínimo e que outros 15,5% deles recebiam cerca de dois a quatro salários mínimos além da renda que possuíam antes de adoecerem. Observa-se que 12,0% dos portadores de DORT tinham renda extra entre quatro e seis salários mínimos, 1,4% dos participantes tinham renda além da renda que possuíam quando foram afastados entre seis e oito salários mínimos e os 2,8% restantes dos entrevistados tinham uma renda extra entre 8 e 10 salários mínimos.

A idade média foi de 34,8 anos ($dp = 9,5$ anos), o mais jovem com 18 anos, e o mais velho com 50 anos. A maioria era casada (47,2%) e, participantes solteiros correspondiam a 23,9%. O restante correspondia a participantes divorciados ou viúvos.

No que se refere à escolaridade, 50% dos participantes tinham estudado até o ensino médio, 17,6% fizeram curso superior, e 16,9%, também tinham pós-graduação. Apenas 15,5% dos participantes haviam estudado até o ensino fundamental.

Observando os dados, nota-se que a grande maioria dos participantes (74,6%) não possuía plano de previdência complementar. No entanto, 62,7% dos entrevistados dispunham de plano de saúde. Pouco mais da metade das pessoas, ou seja, 58,5% dos entrevistados que participaram da pesquisa afirmaram ter carro próprio.

Na Tabela 1, as empresas em que os participantes trabalhavam foram categorizadas em instituições públicas e privadas e de acordo com o ramo de atuação. Há setores que tiveram participação de empresas públicas e privadas, outros, somente como empresas privadas, e um terceiro, apenas como empresas públicas.

Os ramos de atividades das empresas tanto públicas quanto privadas situavam-se nos setores de ensino e instituições bancárias. Os profissionais que desenvolviam atividades relacionadas ao ensino totalizaram 16,1%. Desses, 7,7% atuavam em empresas de ensino públicas, e 8,4%, em empresas de ensino privadas. Ainda nesse grupo, os trabalhadores de instituições bancárias somavam 12,6% dos participantes da pesquisa, 7,0%

estavam trabalhando em empresas públicas, e 5,6% atuavam em empresas privadas.

As instituições privadas apresentaram maior número de trabalhadores que vieram a desenvolver DORT. Esse dado justifica-se pelo fato de 63,7% dos participantes da pesquisa trabalhar em empresas privadas, ao passo que 35,8% atuavam em empresas públicas.

TABELA 1. Categorias de instituições em que os participantes da pesquisa trabalhavam.

Categoria	Percentuais		
Ensino	Pública	7,7%	16,1%
	Privada	8,4%	
Instituição Bancária	Pública	7,0%	12,6%
	Privada	5,6%	
Indústria	Privada	24,5%	24,5%
Comércio	Privada	17,5%	17,5%
Saúde	Privada	7,7%	7,7%
Serviço Público	Pública	21,1%	21,1%
Total	-----	-----	100%
	----	---	

Ainda um novo grupo de empresas forneceu participantes para o trabalho, mas, nesse grupo, todos os trabalhadores atuavam em empresas privadas. Essas empresas também foram classificadas por ramo de atuação, agrupados em indústria, comércio e saúde. Na indústria, a somatória dos índices foi de 24,5% dos entrevistados. Destaca-se também que 17,5% dos participantes do trabalho atuavam no ramo do comércio quando desenvolveram

a DORT. Observa-se ainda que 7,7% dos pesquisados atuavam no ramo da saúde quando tiveram o diagnóstico confirmado.

O cargo que os portadores de DORT participantes da pesquisa ocupavam quando adoeceram também se mostrou relevante. No geral, há 26 profissões que necessitam de formação específica para ser executada, das quais quase a metade (46,1%) refere-se a profissional que ocupa cargo compatível com curso superior. O índice de profissionais com cargos referentes ao nível médio foi de cerca de 34,6%. Já 19,2% dos profissionais exerciam atividades que exigem somente ensino fundamental.

Outro dado relevante refere-se às horas trabalhadas por dia. Quando os portadores de DORT adoeceram, quase a metade (45,8%) trabalhava entre seis e oito horas, ou seja, o tempo de serviço regulamentado por lei. Assim, provavelmente, o adoecimento deveu-se à falta de equipamentos de segurança ou às condições inadequadas de trabalho, conseqüências discutidas na revisão bibliográfica. Destaca-se também que 37,3% trabalhavam mais de oito horas por dia. Dos entrevistados, 16,2% afirmaram trabalhar entre quatro e seis horas diárias, e somente 0,7% trabalhava até quatro horas por dia.

Os dados relativos ao tratamento medicamentoso desses trabalhadores mostraram que mais da metade (59,1%) dos entrevistados tomava remédio para dores, e 40,8% do total de entrevistados ingeriam medicamentos para pressão arterial.

Quando perguntados qual a primeira palavra que lhes vinha à mente quando pensavam em DORT, algumas foram mencionadas com certa freqüência. Observa-se na tabela 2 que, para 23,2% dos entrevistados, dor foi

a palavra que primeiramente lhes veio à cabeça. Em seguida, aparece a palavra incômodo, referente a 10,6% dos participantes. A frequência desses termos pode estar relacionada ao alto índice de medicamentos utilizados para dor, já que dor e incômodo foram apontados por 33,8% dos entrevistados. O elevado índice dos vocábulos dor e incômodo provavelmente deve-se aos sintomas da DORT, que podem apresentar parestesia, sensação de peso, fadiga, o que possivelmente trará sensação de dor e incômodo.

TABELA 2. Primeiro sentimento dos participantes referentes ao termo DORT classificados por ordem de frequência.

Sentimento	Freqüência
Dor	23,2%
Incômodo	10,6%
Medo	7,7%
Desespero	7,0%
Limitação	6,3%
Tristeza	4,9%
Doença	4,9%
Angústia	4,9%
Preocupação	4,9%
Incapacidade	4,2%
Sufrimento	4,2%
Nada	4,2%
Tensão	3,5%
Agonia	3,5%
Desconforto	2,8%
Vergonha	2,8%

O medo é o sentimento que apareceu em 7,7% das pessoas que participaram da pesquisa. O desespero surgiu à mente de 7% dos pesquisados ao ouvirem o termo DORT, e limitação correspondeu a 6,3%. Outras palavras foram citadas como sinônimos de DORT, porém com uma frequência menor. Tristeza, doença, angústia, preocupação, incapacidade, sofrimento, nada, tensão, agonia, desconforto e vergonha também foram apontadas. Todas com uma porcentagem inferior a 5%.

Análise do bem-estar psicossocial dos participantes

Seguindo os procedimentos adotados por Torres e Paula (2001) e Torres e Rabelo (2005), investigou-se a estrutura fatorial da escala de bem-estar psicossocial dos participantes deste estudo, com a realização de uma análise fatorial pelo método dos componentes principais. Os resultados mostraram a existência de um único fator com valor próprio igual a 12,95, o que explica 37,26% da variância dos itens. O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,87. e o teste de esfericidade de Bartlett, a 2782, +7 ($p < 0,001$). Para analisar a fidedignidade dos itens da escala, foi calculado o alfa de Cronbach. O resultado foi igual a 0,94. Tomados em conjunto, esses dados mostraram que os itens da escala podiam ser aglutinados em uma só variável, denominada índice de bem-estar físico e psicológico.

Na análise da escala de bem-estar social, observa-se que os participantes apresentaram uma tendência a sentirem-se bem, já que a média dos entrevistados foi de 4,4 (desvio padrão = 0,98) em uma escala de 1 a 7, em que 1 significa nenhum bem-estar e 7, bem-estar máximo. Ressalta-se que

o resultado do teste t comparado ao nível do bem-estar de homens e mulheres resultou não ser significativo ($t = -0,18, p > 0,05$).

Para estabelecer a relação entre o índice de bem-estar físico e psicológico e o conjunto de variáveis referentes ao cotidiano dos participantes, foi calculado o r de Pearson, que mede a correlação entre duas variáveis. A correlação pode ser positiva, quando as duas variáveis aumentam ou diminuem ao mesmo tempo, ou negativa, quando uma aumenta e outra diminui (Maroco, 2003).

Em alguns aspectos da escala há dados que mostraram correlação positiva com o bem estar, ao passo que em outros a correlação foi negativa. Os pontos de correlação positivos se apresentaram quando perguntado sobre o sentimento quando está afastado, e ainda na execução de sua prática de lazer com a família. A possibilidade de crescimento profissional na empresa em que trabalhava e as condições de trabalho também foram destacadas como fatores de correlação positiva na análise do bem-estar. Essas correlações positivas permitem afirmar que apesar da doença instalada, esses pontos elevam o nível de bem-estar, e conseqüentemente o índice de qualidade de vida do portador de DORT do Vale do São Patrício, quando presentes.

O bem-estar dos participantes correlacionou-se positivamente ($r = 0,36, p < 0,01$) com a freqüência da prática de atividades de lazer e com o sentimento de confiança ($r = 0,62, p < 0,01$). A relação positiva apresentou-se também no tocante à possibilidade de crescimento profissional na empresa em que trabalhavam ($r = 0,30, p < 0,01$). Nota-se relação positiva ainda quanto ao participante considerar suas condições de trabalho adequadas ($r = 0,44, p < 0,01$). Vale ressaltar que as correlações apresentadas são correlações

fracas, já que seus índices correspondem a valores de referência considerados baixos quando se refere a índices correlacionais.

Alguns aspectos mostraram correlações negativas, por exemplo, quando perguntado se participante acha que perdeu sua identidade profissional, ou seja, deixou de ser visto como era antes da doença ($r = -0,57, p < 0,01$). Ou em questões como se o sentimento de peso ou inutilidade perante a família existe ($r = -0,47, p < 0,01$) é outro fator que se destacou com relação negativa ao bem-estar do participante. Da mesma forma, a dificuldade de freqüentar lugares que visitava assiduamente antes da doença também se correlacionou negativamente com o bem-estar. A vergonha de aparecer em eventos sociais enquanto se encontrava impossibilitado de trabalhar e o hábito da realização de hora-extra ($r = -0,26, p < 0,01$) foram outros fatores que apresentaram relação negativa com o bem-estar do entrevistado. Esses aspectos demonstram que após a instalação da doença essas particularidades diminuem o índice de bem-estar dos participantes quando estão presentes em sua vida.

Nas relações pessoais, os pontos negativos também foram identificados, na dificuldade de ir a lugares que freqüentava antes da doença ($r = -0,44, p < 0,01$) e se se sentia envergonhado por aparecer em eventos sociais por se encontrar impossibilitado de trabalhar ($r = -0,51, p < 0,01$).

A análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da Região Do Vale Do São Patrício apresentou-se acima da média em razão dos índices favoráveis de bem-estar relatados. Uma possível explicação para isso ocorreu pela associação entre os quesitos que tiveram relação positiva à escala de bem-estar. O trabalhador que sente confiança no sucesso de sua recuperação, participa de atividades de lazer com a família e

conseqüentemente, tem uma melhor qualidade de vida que as pessoas que não vivenciam essas experiências no seu dia-a-dia. Contudo, quando a qualidade de vida em casa se associa à possibilidade de crescimento profissional na empresa e às condições de trabalho apresentadas adequadamente eleva-se o bem-estar do indivíduo, mesmo quando ele possui doenças confirmadas.

A ocorrência de alterações familiares após o diagnóstico também foi um assunto abordado. De acordo com os dados coletados, chamou a atenção às alterações terem sido predominantemente positivas, pois 23,3% afirmaram que seus familiares ficaram mais preocupados, 21,7%, que eles se tornaram mais carinhosos, 13,3% que eles ficaram mais atenciosos, e outros 13,3% disseram que a família se aproximou mais deles. Porém, houve também manifestações negativas, pois 10,0% dos entrevistados afirmaram que a família os isolou; 6,7% que recebiam mais cobrança da família do que antes do diagnóstico, outros 6,7% atestaram maior incompreensão dos familiares e 5,0% afirmaram que a compaixão foi o sentimento predominante nos familiares.

No tocante à prática de atividades esportivas pelos portadores de DORT, do total de 142 entrevistados, somente 59 participantes disseram praticar esportes, e desses 37,3% realizavam caminhada, 25,4% jogavam futebol, 16,6% praticavam natação, 13,6% exercitavam-se em academias, 8,7% corriam com regularidade, e 1,7% praticavam spinning como atividade esportiva. Vale ressaltar que o número de participantes que praticava esportes era pequeno em relação ao tamanho da amostra.

Nota-se que a prática esportiva não é um hábito regular entre os portadores de DORT entrevistados, pois o valor de 3,2 foi a média encontrada, o que evidencia maior tendência à ausência de atividades esportivas.

O fato da prática de esportes não afetar o bem-estar nem positiva nem negativamente, e conseqüentemente não influenciar a qualidade de vida do participante quando presente foi uma surpresa, pois os trabalhos anteriormente publicados mostram participação da prática esportiva na qualidade de vida. Sabemos que a prática de atividade física ativa o metabolismo, o que favorece a recuperação de alguns quadros patológicos, além ainda, de fortalecer grupos musculares, aumentar amplitude de movimento (ADM), dar maior mobilidade articular, auxiliar a redução de processos inflamatórios. Enfim, era esperado que a prática esportiva viesse a influenciar positivamente o bem-estar do participante, pois Maciel (2006) afirmou que o trabalhador que realiza atividades físicas regulares e mantém hábitos de vida saudáveis relatam menor incidência de manifestação de DORTs.

Quanto ao lazer pessoal, os resultados não denotaram o isolamento, o que já foi afirmado pelos próprios entrevistados no quesito ocorrência de alterações familiares. Dos 101 participantes que mencionaram atividades de lazer, grande parte afirmou realizar viagens, número registrado por 65,9% dos participantes, e ainda, 34,1% disseram participar de reuniões com amigos e parentes.

Sabe-se que os sintomas da DORT levam os trabalhadores à impossibilidade da prática de algumas atividades, ou à necessidade de adaptação de parte do mobiliário para continuar suas atividades. Neste trabalho, foi constatado que metade dos participantes (50,7%) realizou alguma

adaptação relacionada à mobília ou mudou algum hábito para evitar dores ou desconforto. Dos 72 participantes que afirmaram ter realizado alguma alteração, 21,1% mudaram a mobília de lugar, 21,1% trocaram o sofá, 15,8% aumentaram o tamanho do cabo da escova de dentes, 13,2% posicionaram os talheres em uma gaveta mais alta, 7,9% trocaram alguma cadeira, e outros 7,9% alteraram a altura do computador e do teclado.

Os hábitos também devem ser alterados para a melhoria da qualidade de vida do portador de DORT. A análise dos dados revela que 89 pessoas que participaram da pesquisa mudaram algum hábito, e dessas, 22,6% pararam de fazer movimento repetitivo, 22,6% limitaram-se aos afazeres do cotidiano, outros 22,6% passaram a corrigir a postura no seu dia-a-dia, 17,0% afirmaram realizar suas tarefas em um ritmo mais lento, e 15,1% mudaram a postura que adotavam no ato de dormir.

Em relação às atividades de vida diária, não houve alterações significativas, pois 74,6% dos participantes disseram não ter realizados adaptações relacionadas à alimentação, vestimentas ou outros aspectos pessoais. Dos 25,4% que afirmaram ter realizado alguma adaptação, 37,5% disseram necessitar de ajuda na higienização dos cabelos, 25,0% afirmaram ter aumentado o tamanho do cabo da escova de dentes, outros 25% relataram ter trocado o uso de garfo por colher, e 12,5% que passaram a se alimentar com outra mão.

No trabalho, também as alterações referentes aos hábitos são, em alguns casos, necessárias. Nesta pesquisa, constatou-se que 40,1% dos participantes tiveram que realizar alguma adaptação. Desses, 28,6% mostraram a necessidade de adaptações relacionadas ao computador, 24,5%

passaram a utilizar maior número de aparelhos áudio-visuais em seu trabalho, 14,3% relataram a necessidade de melhorar a luminosidade do posto de trabalho, outros 14,3% afirmaram ter colocado os objetos freqüentemente utilizados mais próximos deles, 10,2% dos entrevistados elevaram a altura da pia e 8,2% passaram a evitar a realização de certas atividades.

Em relação à identidade profissional, quando se perguntou aos participantes se eles haviam perdido sua identidade profissional, houve uma tendência ao não, pois a média encontrada foi 3,6, em que 1 representa na escala que o participante não perdeu sua identidade, e 7 indica que ela a perdeu.

Os participantes demonstraram também tendência à confiança no sucesso profissional, pois, quando perguntado se eles ainda se encontravam afastados do trabalho, o que sentiam, a média obtida foi 4,2, em que o ponto médio corresponde ao índice 4 em uma escala em que 1 significa nenhuma confiança e 7 confiança máxima no sucesso.

Os dados também não mostraram tendências a alterações significativas na rotina diária. No local de trabalho, a média encontrada quanto à forma de os colegas tratarem os entrevistados foi 3,1, que representa não haver alterações significativas, já que 1 representa que não houve alteração na maneira de ser tratado, e 7, que houve muita alteração. No tratamento familiar, com a escala com as mesmas representações, a média foi 3,3, o que também demonstra a tendência a não ter havido alterações significativas.

A vida social passa a sofrer abalos constantes quando a vida profissional precisa diminuir seu ritmo em virtude de quadros patológicos. Os dados obtidos neste trabalho levam a afirmar que o grupo participante não sentia dificuldades

em ir a lugares que antes da doença freqüentava assiduamente, pois a média encontrada para esse aspecto foi 3,5, abaixo de 4, portanto com a determinação de tendência ao não. O mesmo valor de 3,5 apresentou-se quando o tópico em questão foi a existência do sentimento de vergonha por aparecer em eventos sociais enquanto está impossibilitado de trabalhar. Vale ressaltar que esses pacientes mostraram uma tendência a não participarem de eventos sociais após o diagnóstico da DORT, com um índice médio de 3,8.

A vergonha de aparecer em eventos sociais durante o período em que se encontra impossibilitado de trabalhar é um sentimento que deve ser abolido ou minimizado. O profissional portador de DORT deve se conscientizar que a doença é uma situação momentânea. Além disso, ao trabalhador portador de DORT deve ser destacada a importância de retorno ao trabalho, mesmo que não seja na sua função anterior. Deve-se ressaltar que mesmo doente, o profissional continua um cidadão que tem direito a viver e a buscar uma qualidade de vida pessoal e social. Mais uma vez a psicologia pode auxiliar esse trabalhador doente.

Apesar de os dados mostrarem que os participantes do grupo não percebem crescimento no isolamento pela família, há que se destacar que os participantes apresentaram uma tendência a não realizarem atividades de lazer com a família. O valor de referência encontrado foi a média de 3,5, ou seja, abaixo de 4, que corresponde ao ponto médio. Entretanto, os entrevistados afirmaram ainda que suas relações pessoais com familiares e amigos não sofreram alterações significativas. A média encontrada nesse quesito foi 3,0, e nesse caso, referências até 4 revelam tendências a não haver alterações significativas.

Mas o sentimento de inutilidade perante a família deve ser um tópico a se trabalhar, pois o apoio familiar nesse momento necessita acontecer intensamente, então, um trabalho de conscientização da família por parte da equipe de saúde buscando o apoio ao paciente e a superação do sentimento de inferioridade possivelmente resolverá este quesito.

Os profissionais afetados demonstraram que nas empresas às quais prestavam serviço eles não tinham possibilidade de crescimento profissional, pois o valor médio encontrado foi 3,4, na escala de 1 a 7, em que 1 corresponde a não haver possibilidade alguma, e 7, a totais possibilidades.

No tocante a salário, foram encontrados valores tendenciosos a essa remuneração não ser justa e adequada, pois, na escala de 1 a 7, em que 1 representa que não é justo, e 7 corresponde a muito justo, a média entre os participantes apresentou o valor de 3,1.

Portanto, há dois quesitos em relação aos quais não se pode afirmar a tendência de pensamento e opinião dos entrevistados. Quando perguntados se costumavam realizar hora-extra e também se considerava suas condições de trabalho adequadas, as médias foram iguais a 4,1, ou seja, praticamente idênticas ao ponto médio de referência, correspondente ao número 4. Na mesma escala adotada para os dois questionamentos, valores abaixo de 4 mostram tendência ao não, e acima de 4, tendência ao sim.

Apesar do fato de que em nesta obra a realização de hora-extra não apresentar influência direta sobre o bem-estar em outros trabalhos essa correlação aparece e de forma negativa. Para evitarmos que haja essa influência negativa do bem-estar, algumas medidas devem ser tomadas. Como exemplo pode-se destacar a implantação de programas rígidos de organização

de trabalho. A jornada de trabalho deve ser respeitada e devidamente programada, deve-se contar com as ferramentas a serem utilizadas. As particularidades da própria jornada de trabalho devem corresponder às condições de trabalho, e às características físicas e individuais do trabalhador. A hora-extra precisa ser abolida, pois, trabalha-se mais buscando um dinheiro extra, porém, não se leva em consideração que este dinheiro possivelmente será utilizado em tratamentos de enfermidades provenientes do excesso de trabalho, ou seja, no resultado final perde-se o dinheiro e a saúde.

Não se pode deixar de destacar que a presente pesquisa apresenta resultados um pouco contrários aos trabalhos realizados em grandes centros urbanos, ao passo que o participante deste trabalho mostra uma qualidade de vida boa. Inexiste a presença de intenso desprazer. A média encontrada na escala de bem-estar geral apresentou-se acima do ponto médio. Variados trabalhos realizados em grandes centros aponta altos índices de estresse, má qualidade de vida do trabalhador, tendência ao isolamento pessoal, familiar e profissional. Provavelmente, os resultados se explicam em virtude do fato de que a vida em cidades pequenas é mais tranqüila, sem grandes índices de violência, sem o trânsito caótico, e a vida social, mais comumente vivenciada. A relação entre vizinhos, assim como, a confraternização entre amigos e familiares, ainda faz parte de uma rotina diária, que agrada a qualquer pessoa, seja profissional ou não, seja portador de DORT ou não.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Justifica o desenvolvimento deste trabalho, o fato das atividades trabalhistas atualmente estarem levando ao desenvolvimento de processos patológicos com características semelhantes. Essas doenças passaram a ser denominadas DORTs. Assim, a jornada de trabalho de um número significativo de profissionais, além da sua vida pessoal, social e familiar serem afetadas consideravelmente. A análise da qualidade de vida dos portadores de DORT deve ser realizada para averiguar os déficits e sugerir correções pertinentes.

O trabalho foi desenvolvido nas cidades de Ceres e Rialma, com pessoas que nelas residem e em municípios vizinhos que também compõem o Vale do São Patrício. Esses municípios são todos considerados pelo IBGE como cidades de pequeno porte, e essa característica pode ser uma possível explicação para alguns dos resultados desta pesquisa.

Neste trabalho observa-se que sentimentos negativos como o isolamento não são tão freqüentes como esperado. Este resultado opõe-se aos trabalhos consultados, em que o isolamento e outros sentimentos como a depressão, a fobia social são freqüentes em trabalhadores com o mesmo perfil dos participantes pesquisados. Uma explicação provável deve-se ao fato dos participantes residem em cidades muito pequenas, nas quais a visão de família, o contato com amigos e vizinhos, o carinho humano ainda permanecem em maior intensidade que nos grandes centros.

O antigo conceito de família, ainda priorizado nas cidades pequenas e interioranas, intensifica alguns aspectos que favorecem o bem-estar das pessoas. A proximidade familiar permite aos participantes terem mais convívio, mais apoio, mais lazer com a família, o que possivelmente é uma explicação provável para a freqüência de um bem-estar maior que os participantes de trabalhos semelhantes desenvolvidos nos grandes centros.

Outro fator a ser considerado é que, nos municípios de pequeno porte, a vida é mais tranqüila, mais calma. As preocupações com segurança existem, mas em menores proporções, os custos financeiros de vida nesses municípios são menores que nas grandes cidades, as relações sociais são mais comuns em regiões pequenas que em grandes pólos, assim, possivelmente os índices de bem-estar e a qualidade de vida também são mais elevados.

Alguns pontos devem ser priorizados na tentativa de elevar a qualidade de vida do profissional com DORT. O fato desse profissional acreditar que perdeu sua identidade profissional, ou seja, passou a ser visto de outra forma após o diagnóstico deve ser intensamente trabalhado. O que poderia ser feito? Sabe-se que essas conclusões que partem do profissional são decorrentes de fatores emocionais, assim, acreditamos que um acompanhamento psicológico será essencial para a recuperação da auto-estima do paciente. Fazer o participante voltar a crer que é a mesma pessoa e pode continuar vivendo normalmente é o maior desafio.

A vida social precisa continuar, e o isolamento do trabalhador doente constitui um sentimento de caráter negativo que pode acarretar alterações no âmbito familiar. Assim, o auxílio de familiares, amigos e

pessoas queridas para manter esse cidadão no convívio social é de importância considerável, pode ser provavelmente a melhor saída para solucionar a questão do participante sentir dificuldades em visitar lugares que antes da doença freqüentava assiduamente. Fazer o doente sentir-se querido é necessário.

Deve-se tentar potencializar os aspectos positivos que influenciam o bem-estar, sobretudo a confiança no sucesso do tratamento, o que sugere o retorno ao mercado de trabalho, como também a prática do convívio familiar, o que como observado na análise dos dados intensifica os níveis de bem-estar dos participantes do trabalho.

Enfim, o ideal seria que esse participante recebesse acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta no mínimo por médico, fisioterapeuta, psicólogo. O tratamento também pode ser potencializado se a família der apoio, carinho, atenção e muita dedicação.

Programas de tratamento também devem ser traçados com a finalidade de reabilitar o mais rápido possível os trabalhadores acometidos por DORT. Sem dúvida alguma se deve investir maciçamente em programas de prevenção para evitar que o trabalhador adoeça e passe por todos esses constrangimentos.

Conclui-se que não existe um fator determinante para elevar o índice de qualidade de vida do trabalhador portador de DORT, mas uma associação de fatores familiares, profissionais, sociais e pessoais que possibilitam o alcance dos objetivos propostos neste trabalho.

A diferença do portador de DORT que vive nas cidades grandes ou nas pequenas cidades não está nas características da doença, mas na qualidade de vida que o portador de DORT tem quando vive nas grandes metrópoles ou no interior do país. A segurança, o trânsito, o estresse do dia-a-dia são maiores nas grandes cidades, fazendo a qualidade de vida se apresentar em índices menores. Já no interior do país, a sociabilidade entre amigos, parentes e vizinhos tem prevalência. A facilidade em viver experiências sócio-afetivas são maiores nas regiões interioranas, ou seja, favorece o índice de bem-estar do paciente, elevando também sua qualidade de vida. Sendo assim, futuros trabalhos podem ser realizados objetivando enumerar com mais detalhes as diferenças da vida do portador de DORT nos grandes centros urbanos e nas cidades interioranas.

ANEXOS

ANEXO A

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você poder procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelos telefones 3946-1070 / 3946-1071.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da região do Vale do São Patrício

Pesquisador Responsável: Milson Vieira de Sousa Junior

Telefones para contato: 99311518 / 33972206.

Email: milsonfisio@gmail.com

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da Região do Vale do São Patrício. Nosso intuito é contribuir para o entendimento das vivências do trabalhador que recebe o diagnóstico de DORT e que precisa ser afastado temporariamente do trabalho. Essa contribuição permitirá posteriormente que os tratamentos e cuidados com essa população possam ser cada vez mais aprimorados a fim de que os profissionais que trabalham com essas pessoas possam planejar suas práticas visando atender as suas reais necessidades. Como objetivos específicos, este trabalho pretende: a) avaliar os níveis de bem-estar social do trabalhador portador de DORT; b) analisar o nível sócio-econômico do trabalhador portador de DORT; c)descrever as relações pessoais do trabalhador portador de DORT com a família, os amigos e com suas visões pessoais abrangendo ainda suas atividades de lazer; e) relacionar as mudanças ambientais na rotina do trabalhador com DORT, observando as dificuldades ambientais para a adaptação.

- Esclarecemos que os riscos envolvidos na sua participação são mínimos, mas se você sentir algum desconforto ao responder o questionário, você poderá parar se assim o desejar. Os resultados obtidos com sua participação serão mantidos em sigilo. Você não precisa se identificar em nenhum momento.
- Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.
- Sua participação é voluntária e sua recusa não envolverá qualquer penalidade.
- É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo.
- O questionário levará em média 30 minutos para ser respondido e será preservada sua identidade.

Assinatura _____ do
pesquisador: _____

Local (GO), _____/_____/_____

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu,

Identidade nº _____ CPF _____
nº _____ ,

abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa **Análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da região do Vale do São Patrício.**

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Milson Vieira de Sousa Junior sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local (GO), _____/_____/_____

Nome _____ do
sujeito: _____

Assinatura _____ do
sujeito: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar da pesquisa **Análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT da região do Vale do São Patrício**


Nome _____ da
testemunha: _____

Assinatura: _____

Nome _____ da
testemunha: _____

Assinatura: _____

ANEXO B

	Grupo de Pesquisas em Processos Grupais Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde
---	--

Caro Participante,

Este trabalho faz parte de uma pesquisa sobre opiniões relacionada à análise da qualidade de vida e da forma de reinserção do trabalhador portador de DORT no mercado de trabalho da região do vale do São Patrício. Gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo sinceramente às questões abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Responda rapidamente e não passe à questão seguinte sem ter respondido a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime de sua opinião. Não é necessário identificar-se, pois nosso interesse não se dirige ao conhecimento dos indivíduos, mas do grupo. Deste modo, as suas informações serão mantidas em sigilo.

Agradecemos sua colaboração.

Ceres, 11 de fevereiro de 2008.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Estado

civil:

Concluiu até que fase dos estudos?

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Superior

() Pós-Graduação

Tem plano de previdência complementar:

Sim

Não

Tem plano de saúde:

Sim

Não

Tem carro próprio:

Sim

Não

Última empresa onde trabalhou antes de ser afastado:

Último cargo/função que ocupava na empresa, antes do afastamento: _____

Há quando tempo está afastado: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Até 1 ano | <input type="checkbox"/> 1 ano a 2 anos |
| <input type="checkbox"/> 2 anos a 3 anos | <input type="checkbox"/> 3 anos a 4 anos |
| <input type="checkbox"/> 4 anos a 5 anos | <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos |

Possui rendas fora do emprego do qual foi afastado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Até 1 salário Mínimo | <input type="checkbox"/> De 2 a 4 salários |
| <input type="checkbox"/> De 4 a 6 salários | <input type="checkbox"/> De 6 a 8 salários |
| <input type="checkbox"/> De 8 a 10 salários | <input type="checkbox"/> Mais de 10 salários |

Quantas horas você trabalhava por dia, quando adoeceu:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Até 4 horas | <input type="checkbox"/> De 4 a 6 horas |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 8 horas | <input type="checkbox"/> Mais de 8 horas |

Instruções

Abaixo há uma série de questões relacionadas com o seu bem-estar físico e psicológico. Gostaríamos que você se concentrasse em si mesmo e respondesse a cada uma delas com a maior sinceridade possível passando um círculo em torno da resposta que melhor se adaptar à sua situação.

Tendo como referência as duas últimas semanas:

01. Em geral, como você tem se sentido?

Péssimo humor 1 2 3 4 5 6 7 Excelente humor

02. Você tem estado nervoso?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muito

03. Você tem sentido que seus comportamentos, pensamentos e sentimentos estão sob controle?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

04. Você tem se sentido triste, desencorajado, desesperançado ou tido muitos problemas que o tem preocupado?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

05. Você tem estado sob tensão, estresse ou pressão?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

06. O quanto você tem estado feliz, satisfeito ou contente com sua vida pessoal?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

07. Você tem tido razão para pensar que está perdendo o controle sobre o seu modo de agir, falar, pensar ou sentir?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

08. Você tem estado ansioso, preocupado ou indisposto?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

09. Você tem acordado bem disposto e descansado?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

10. Você tem sido perturbado por alguma doença, desordem corporal, dores ou medos sobre sua saúde?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

11. Sua vida diária tem sido cheia de coisas que são interessantes para você?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

12. Você tem se sentido deprimido (a) ou magoado (a)?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

13. Você tem se sentido emocionalmente estável e seguro (a) de si?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

14. Você tem se sentido cansado (a), esgotado (a) ou exausto (a)?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

15. Você tem estado preocupado (a) com sua saúde?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

16. Quanta energia, dinamismo e vitalidade você tem sentido?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

17. Você tem tido sérios problemas pessoais, emocionais, comportamentais ou mentais que o tenham feito sentir necessidade de ajuda?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

18. Quanto você tem estado relaxado (a) ou tenso (a)?

Relaxado 1 2 3 4 5 6 7 **Tenso**

19. Você tem estado deprimido (a) ou alegre?

Muito deprimido 1 2 3 4 5 6 7 **Muito alegre**

20. Você tem sentido que vai ter ou está perto de ter um esgotamento nervoso?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

21. Você discute seus problemas com algum membro de sua família ou amigos?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

22. Você tem conseguido se concentrar no que faz?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

23. Você tem perdido o sono com preocupações?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

24. Você se sente útil na vida?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

25. Você se sente capaz de tomar decisões?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

26. Você se sente constantemente sob pressão?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

27. Você tem tido prazer em fazer suas atividades normais do dia-a-dia?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

28. Você tem a sensação de não poder superar as dificuldades?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

29. Você tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

30. Você tem pensado em si mesmo como uma pessoa sem valor?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

31. Você tem perdido a confiança em si mesmo?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

32. Você sente que está à beira de um esgotamento nervoso?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 **Muito**

33. Você toma algum remédio diariamente?

Não **Sim. Para que?** _____

Agora, pense na sua vida depois que você foi afastado e responda as questões abaixo:

1. Quando você pensa em DORT, qual a primeira palavra ou sentimento que lhe vem à cabeça?

—

2. Há quanto tempo você sabe que tem DORT?

- () Até 6 meses
() De 6 meses a 1 ano
() De 1 ano a 2 anos
() De 2 anos a 3 anos
() Mais de 3 anos

3. Você considerava suas condições de trabalho adequadas?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muito

4. Você tinha possibilidade de crescimento profissional na empresa em que trabalhava?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muito

5. Você costumava realizar hora-extra?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muito

6. Você trabalhava em mais de um emprego antes de ser afastado?

Sim

Não

7. Você realiza atividades de lazer com a família?

Raramente 1 2 3 4 5 6 7 **Freqüentemente**
Caso realize, qual e com que
freqüência: _____

8. Você se sente envergonhado por aparecer em eventos sociais enquanto encontra-se impossibilitado de trabalhar?

Raramente 1 2 3 4 5 6 7 **Freqüentemente**

9. Você sente-se com dificuldades em freqüentar os lugares que antes da doença visitava assiduamente?

Raramente 1 2 3 4 5 6 7 **Freqüentemente**

10. Na sua rotina diária você precisou adaptar alguma mobília ou mudar algum hábito para evitar dores ou desconfortos?

Sim

Não

Quais:

11. Nas atividades diárias relacionadas à alimentação, vestimentas ou outros fatores pessoais foi necessário improvisar alguma forma para realizar essas ações?

Sim

Não

Quais:

12. Nas atividades ocupacionais (trabalho) seu ambiente relacionado à mobília, equipamentos, ferramentas ou outros itens freqüentemente utilizados necessitaram de alguma adaptação para continuar a ser realizado?

Sim

Não

Quais:

13. Você acha que após o diagnóstico da DORT, sua família mudou a maneira de tratar você em casa?

Nem um pouco 1 2 3 4 5 6 7 Muito

Se mudou, qual a mudança? _____

14. Se você ainda encontra-se afastado do trabalho, o que você sente?

Medo 1 2 3 4 5 6 7 Confiança no sucesso

15. Quando pensa em retornar ao trabalho?

() Nunca

() Até 1 ano

() De 1 a 3 anos

() Mais de 3 anos

16. Às vezes sente-se inútil, ou um peso para a família?

Raramente 1 2 3 4 5 6 7 Frequentemente

17. Você acha que perdeu sua identidade profissional, ou seja, deixou de ser visto como era antes da doença?

Não 1 2 3 4 5 6 7 Sim

Muito Obrigado pela sua participação!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. B. (1988). *Condições de trabalho na enfermagem: aspectos teóricos*. Anais doCongresso Brasileiro de Enfermagem, 1988. 39, Salvador, 1987.

Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. **Programa multiprofissional de atenção à saúde do Trabalhador**. Belo Horizonte, 2004.

ANTÔNIO, Remi Lopes (2003). *Estudo ergonômico dos riscos de LER/DORT em linha de montagem: aplicando o método Occupational Repetitive Actions na Análise Ergonômica do Trabalho*. Artmed, Porto Alegre, 68p.

ASSUNÇÃO, A. A. & Rocha, L. E. (1994). Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. *In: Buschinelli, J. T., Rocha, L. E. & Rigoto, R. M. Vida, doença e trabalho no Brasil*. (pp. 461-493). Vozes, Petrópolis

BARDANACHVILI, E. (2006). *O divórcio entre emprego e trabalho*. Acessado em 16/03/2008. Disponível em: <http://65.254.56.236/~unesf/?pg=noticia&id=467>

BARRETO, M. (2000). *A Indústria do vestuário e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras*. Acessado em 18/03/2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala237.pdf>.

BORGES, L. O. (2004). *O mundo do trabalho: Psicologia, organização e trabalho no Brasil*. Artmed, Porto Alegre

BORGES, Livia de Oliveira & ALVES FILHO, Antônio. (2003). A estrutura fatorial do Inventário do Significado e Motivação do Trabalho, IMST. *Aval. psicol.*, dez. 2003, 2(2):123-145.

BRASIL, Ministério da Saúde (2000). *Gestão de Políticas Estratégicas*. Coordenação de Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 55p

BRASIL, MPAS. (2002). Norma Técnica para avaliação da incapacidade: Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho- DORT. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 05 de agosto. Seção I..

DIAS, E.C (1993). Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 115(3): 208.

FAZIO, A. F. *A concurrent validation study of the NCHS General well-being Schedule*. (Dept. of H.E.W. Publ. no. HRA-78-1347). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1977.

Federal: Portaria n.º 3908/GM, de 30 de outubro de 1998 - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador NOST-SUS. Disponível em <http://200.189.113.52:2080/CES-Bole.nsf/617d4ce9638673c90325661d00692ad6/97d78f0c80862fda03256701006051ce?OpenDocument> Acessado em 11/11/2007.

FERNANDES, S. C. (2000). *Tecnologia e treinamento no aparecimento de lesões por esforços repetitivos: O caso da NPD da UFSC*. Acessado em 29/04/2008. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/3747.pdf>

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda (2000). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 980p.

FERREIRA, F. (2000). Uma introdução a Max Weber e à obra “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo.” *Fides Reformata*. 3 (2):56-67

FERREIRA, M. C. P. (2001). *Do trabalho que constrói ao que destrói identidades: o caso de bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho(DORT) no Estado de Goiás*. AB, Goiânia. 75p.

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FRANÇA, A C. Limongi (1997). Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*. Rio de Janeiro. 2(1): 79-83.

GHISLENI, Â. P.(2005). Trabalhador Contemporâneo e Patologias por Hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(2): 171-176.

GONDIM, S. M. G. (2004). Motivação no Trabalho. *Psicologia, Organização e Trabalho no Brasil*. pp.145-176.

GRUSPAN, Michel. (2005). Qualidade de vida no trabalho em escritórios de contabilidade de Santa Maria RS. *Revista Eletrônica de Contabilidade*. 2(1): 148-162.

HERZBERG, F. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley. 148p

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 2000. Disponível em http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/censo2000/defaulttab_regioes.shtm Acessado em 11/07/2008.

LANGOSKI, L. A. (2001). *Enfoque preventivo referente aos fatores de risco das LERs/DORTs*. Apostila. Goiânia. 138p.

LECH, Osvandré, HOEFEL, Maria da Graça. **Protocolo de investigação das lesões por esforços repetitivos (L.E.R.)**. São Paulo: Rhodia Farma, 1992.

LIMA, M. A. G. (2005). Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(1): 163-173.

LIMA PAULA, M. A. P.; TORRES, A. R. R. . Identidade social e o envolvimento em acidentes de trânsito. *Revista Estudos, Goiânia-Goiás*, v. 28, n. 4, p. 717-747, 2001.

MACIEL, Á. C. C.. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Rev Bras Epidemiol*. 9(1):94-102.

MAENO, M. et al. (2005). *Dilemas, Polêmicas e Dúvidas sobre LER/ DORT*. AB, Goiânia. 23p.

MAÑAS, C. M. (1999). *As influências ideológicas do trabalho e as perspectivas para o século XXI*. Livros HDV, Curitiba. pp.112-113.

MATTOS, U. A. O. (2003). Avaliação e diagnóstico das condições de trabalho em duas indústrias de baterias chumbo-ácido no Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 8(4): 55.

MAXIMIANO, A. C. A. (2004). *Teoria geral da administração*. Atlas, São Paulo. 213p.

MELO, R. S. (2004). *Responsabilidade objetiva e inversão da prova nos acidentes de trabalho*. LTR, São Paulo. 225p.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos**. *Psicol. Soc.* V.15 n.1 Porto Alegre jan./jun. 2003.

M., Á. R. C. (2003, jan./jun). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicol. Soc.* 15 (1).

MOREIRA, C. & Carvalho, M. A. P. *Reumatologia diagnóstico e tratamento*. 2.ed. Artes Médicas, Porto Alegre. 2001.

MUROFUSE, N. T. & MARZIAFE, M. H. P.(2001). Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos: LER. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15 de julho.

NAKAMURA, E. K. K. (2001). *Avaliação dos casos de LER/DORT em uma instituição bancária*. Acesso em 10/02/2008. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/8427.pdf>.

NETZ, J. A. & AMAZARRAY, M. R. (2005). A organização do trabalhadores na resistência às práticas discriminatórias: um olhar acerca da subjetividade, saúde e trabalho. Acesso em 11/11/2007. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br>.

NEVES, I. R. (2006). LER: trabalho, exclusão, dor sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 6(22).

OLIVEIRA, B. R. G. & MUROFUSE, N. T. (2001). Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 9.

OLIVEIRA, R. M. R. (2001). *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Espírito Santo*. 28. pp.105- 106

OLIVEIRA, S. (1997). A qualidade da qualidade: uma perspectiva na saúde do trabalhador. *Caderno de Saúde Pública*. 4(13).

O'Neill, M. J. (1988). *Quando a direita vacilou*. Ática, São Paulo.

PAULA, Marcos Dias de. DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO COMO MOTIVO DE AFASTAMENTO DAS FUNÇÕES LABORAIS NO MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA, SC, BRASIL, JANEIRO DE 2000 A JUNHO DE 2003. (2005).

PEIRÓ, J. M. (1996). Desempleo Juvenil y socialización para el trabajo. In: Álvaro, J.; Garrido, A. & Torregrosa, J. R.. *Psicología Social Aplicada*. McGraw-Hill, Espanha. pp 159-178.

PENNELLA, Isabela. LER: Uma Jornada de Sofrimento no Trabalho Bancário. 2000. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Programa multiprofissional de atenção à saúde do Trabalhador. Belo Horizonte, 2004.

PEREIRA Edgarg dos Santos (1993). Síndrome do túnel do carpo: análise comparativa entre tratamento conservador e cirúrgico. *Rev Bras Ortop* 8(28): 36-45 1993.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; Fávero, Neide. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.4(9).

PERES, Marcos Augusto de Castro. (2004) Do taylorismo/fordismo à acumulação flexível toyotista: novos paradigmas e velhos dilemas. 2004 Acesso em 23/06/2007. Disponível em: http://www.unopec.com.br/revistaintellectus/Arquivos/Jan_Jul_04/PDF/Artigo_Marcos.pdf.

PIGNATTI, Marta G. (2004). Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. *Ambiente & Sociedade*. 7.

RABELO, Ionara Vieira Moura ; TORRES, A. R. R. . Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n. Xx, p. 614-625, 2005.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos. (2001). *O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva*. IPUB/ CUCA, 2001. Acesso em 15/02/2007. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812004000300006&lng=pt&nrm=is

RINK, Mey Rose. (2004). Saúde e Segurança dos Trabalhadores: Fatores para a Responsabilidade Social. *Revista FAE BUSINESS*. 9, setembro 2004.

RODRIGUES, Alessandra Cordeiro. (2003). *Aspectos da ergonomia que contribuem na prevenção das ler/dort num setor da indústria cerâmica: um estudo de caso*. Acesso em 23/04/2008. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/8405.pdf>.

SALIM, Celso Amorim (2003). Doenças do Trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em Perspectiva*. 17(1): 11-14.

SAMPAIO, Rosana Ferreira (2003). Análise da aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Revista Assoc Med Brás*. pp. 20.

SILVA, Gláucia Wasconcelos. (1999). *Ler – Epidemia silenciosa que causa reflexos na saúde dos bancários*. Acesso em 20/03:2008. Disponível em: http://www.simucad.dep.ufscar.br/projetos/gt_abergo/artigos/saude%20dos%20bancarios.pdf.

SUCESO, E de P Born. (1998). *Trabalho e qualidade de vida*. Nova Fronteira, Rio de Janeiro. 189p.

TAUBE, Oswaldo Luiz Stamato. (2002). *Análise da incidência de distúrbios musculoesqueléticos no trabalho do bibliotecário: Considerações ergonômicas com enfoque preventivo de Ler/Dort*. Acesso em 10/03/2008. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/12424.pdf>.

TORRES, A. R. R. ; PAULA, M. A. P. L. . Identidade social e o envolvimento em acidentes de trânsito. *Revista Estudos, Goiânia-Goiás*, v. 28, n. 4, p. 717-747, 2001.

TORRES, A. R. R. ; FERREIRA, M. C. P. . Bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e identidade profissional. *Revista Estudos, Goiânia- Goiás*, v. 28, n. 4, p. 746-781, 2001.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. (2001). Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, pp. 23-35

VENEU, Marcos Guedes. Representações do funcionário público. *Revista de Administração Pública*. 1(24): 5-16, nov.1998/jan.

VERTHEIN, M. A. R. (2000). A construção do sujeito- doente em Ler. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* . 2(7): 7-9, Jan- Jul.

VERTHEIN, M A R. & GOMEZ, C.M. (2001). *As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatria das LER*. Acesso em 10/03/2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

WEBER, Max. (2001). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Pioneira Thomson Learning, São Paulo. 201p.