

VANUSA CAIAFA CAETANO

**ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:  
um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios  
osteomusculares relacionados ao trabalho**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde - Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Co- Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2010

Caetano, Vanusa Caiafa.

Assistência fisioterapêutica e o processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho / Vanusa Caiafa Caetano. – 2010.

89 f. : il.

Tese (Doutorado em Saúde)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Fisioterapia. 2. Saúde ocupacional. 3. Doenças profissionais. I. Título.

CDU 615.8:616-057

VANUSA CAIAFA CAETANO

**ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:  
um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde. Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde.

Aprovada em: 30/11/2010

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite – Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Carmen Ildes Rodrigues Froes Asmus  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Márcia Gomide da Silva Mello  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Maria Alice Junqueira Caldas  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah  
Universidade Federal de Juiz de Fora

À minha amada filha Petra, para que um dia  
possa entender que os sonhos não  
determinam o lugar aonde vamos chegar,  
mas podem produzir a força necessária para  
tirar-nos do lugar em que estamos.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus, por iluminar e permitir sempre novas oportunidades e horizontes em minha vida.

À Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite, amiga, orientadora incontestável que, por meio de seus ensinamentos e de sua extrema competência, orientou, conduziu e tornou este trabalho possível.

À Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, por sua competência e dedicação no desenvolvimento deste trabalho.

À minha filha Petra, pelo amor incondicional, por ser sempre participativa, amiga e confiante ao meu lado. Obrigada pelo apoio e maior entendimento dos meus momentos ausentes. Você é a minha fonte de inspiração e estarei sempre ao seu lado!

A toda minha família: Tarciso, Silvana, Martinho, Anabella, Tulio, Lucas, Thales e Pillar. À tia Tê, ao tio Toninho e à prima-amiga Walkyria. Muito obrigada pelas contribuições, apoio e amor de todos vocês.

À minha amada e inesquecível mãe, Maria Ignêz, que conduziu minha vida com seus ensinamentos e seu amor eterno.

Em especial ao Moacyr, meu amado companheiro, amigo, que com muito orgulho sempre me apoiou.

À minha ex-aluna e ex-monitora de graduação, grande amiga, Dani Teles, a quem muito ensinei e muito também aprendi: obrigada, obrigada, obrigada!

Ao Prof. Dr. Julio M. F. Chebli por ter me orientado e me conduzido na busca pela inserção deste programa, muito obrigada!

Aos Professores e funcionários da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, agradeço pelo apoio recebido. Em especial à Prof<sup>a</sup> Simone Meira Carvalho que muito contribuiu e incentivou os primeiros passos desta jornada.

Aos funcionários do Departamento de Saúde do Trabalhador da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, em especial à Meire Cristina da Fonseca Vieira, Maria de Fátima Toledo Pinto, Ivone Garcia da Silva.

Especialmente aos trabalhadores participantes que assumiram um papel fundamental na construção coletiva deste estudo, mais uma vez, muito obrigada!

## RESUMO

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam o principal grupo de agravos à saúde entre as doenças ocupacionais. São definidos como síndromes patológicas que se instalam insidiosamente em determinados segmentos corporais em consequência do trabalho realizado de forma inadequada e de acordo com o processo de organização do trabalho. Dentro deste contexto, chama-se a atenção para a Fisioterapia, enquanto ramo da saúde que estuda, avalia, previne e trata os distúrbios da cinesia humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas. Objetivos: Analisar as representações sociais da assistência fisioterapêutica entre os trabalhadores com DORT no Município de Juiz de Fora, MG, e macrorregião. Metodologia: Estudo realizado numa abordagem qualitativa, envolvendo trabalhadores com DORT inseridos no Programa de Reabilitação Física do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), através do Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT), da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, MG. Para a coleta e o tratamento dos dados, optou-se por uma abordagem pluri-metodológica, que tem como ótica atender aos objetivos propostos, realizada em duas etapas. Na 1ª etapa foi realizada uma pré-análise quantitativa em um primeiro grupo formado por 80 trabalhadores, que se encontrava em tratamento fisioterapêutico desde o ano de 2006 e aplicado um questionário, no intuito de identificar e conhecer o perfil dos trabalhadores estudados. Na 2ª etapa, para uma abordagem qualitativa, utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada com 12 trabalhadoras selecionadas do primeiro grupo, com idade entre 29 e 55 anos. Resultados: É notório o predomínio de casos de DORT no sexo feminino e em classes econômicas menos favorecidas, o que nos chama atenção para uma abordagem ampliada e contextualizada. As informações submetidas à análise temática apontaram que a assistência fisioterapêutica recebida repercute em períodos longos de tratamento e na insatisfação dos resultados, através de uma prática curativista, segmentada e pouco resolutiva, na qual prevalece a utilização de equipamentos em detrimento das manobras corporais e holísticas, dentro de uma visão estritamente fisiopatológica. Conclusões: Em virtude da multifatorialidade e complexidade dos DORT emerge a necessidade de equipes interdisciplinares aptas

e devidamente qualificadas para atender esses trabalhadores. Dentro dessa perspectiva, a contribuição do fisioterapeuta pode ser elemento importante para a consolidação desse construto, desde que sua prática seja permeada pelos princípios da integralidade e equidade. Diante do relato verificamos a necessidade de uma atenção humanizada, integral e equânime com responsabilização e vínculo, além da valorização dos trabalhadores e usuários. No entanto, o que observamos é que a prática desse profissional encontra-se fragmentada e desarticulada com os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema de Saúde Brasileiro, contrapondo-se a políticas públicas de promoção da saúde e humanização e violando o direito à saúde, que é garantido constitucionalmente. É imperativa a transformação das práticas hegemônicas em ações que priorizem a visão holística e integrada do trabalhador com DORT, objetivando assim a garantia do bem-estar e da qualidade de vida desse indivíduo.

Palavras-Chave: Fisioterapia. DORT. Representação Social. Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

Work-related musculoskeletal disorders (WMSD's) represent the main group of health disturbances amongst occupational diseases. They are defined as pathological syndromes that insidiously get installed in certain parts of the body as a consequence of physical work performed inadequately and of the organizational process of the work performed. Within this context, Physical Therapy is recognized as the branch within Health Care which studies, evaluates, and treats the disturbances in human kinesis provoked by changes in the organs and the bodily systems. Objectives: To analyze the social representations of Physical Therapy amongst workers with WMSD's in the urban district of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil and its surrounding areas. Methodology: Study performed with a qualitative approach involving workers with WMSD's in the Programa de Reabilitação Física do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (The Physical Rehabilitation Program at the Center of Reference in Workers' Health), through the Departamento de Saúde do Trabalhador - DSAT (Workers' Health Department) Township of Juiz de Fora, MG. The multi-methodological approach used in data collection and analyses has the purpose of reaching the proposed goals in two phases. In phase 1, a quantitative pre-analysis is performed in the first group consisting of 80 workers undergoing physical therapy since the year 2006, who answered a questionnaire to establish and identify the workers' profile. In phase 2, for a qualitative approach, the Theory of Social Representations is used as theoretical reference in a semi-structured interview with 12 female workers, ranging from 29 to 55 years of age, selected from the first group. Results: The notorious predominance of WMSD cases amongst women from less privileged social classes justifies an ample and contextualized approach. The information submitted to a theme analysis indicates that the physical therapy shows long treatment periods and unsatisfying results performed in a curativistic, poorly segmented and ineffective way, in which the use of equipment prevails in detriment of corporal and holistic movements in a strictly physio-pathological method. Conclusions: Apt and duly qualified interdisciplinary teams are needed to help these workers due to the multifactoricity and complexity of WMSD's. In this view, the physical therapist's work can be an important part to consolidate this, if performed under the principles of total

integration and equality. With this is view, it can be said that there is need for a total, humane and full attention attached to responsibility and links, in addition to the recognition and value of workers and users. Nevertheless, we have noticed that the professional's work practice is fragmented and unarticulated by the principles and directives established by the SUS (public health system of Brazil), which seem to oppose public health policies and to violate the individual's right for health care, which is and must continue being guaranteed by the Constitution. It is imperative that hegemonic practices be transformed to prioritize the holistic and integrated consideration of workers with WMSD's, thus assuring their welfare and good life-quality.

Key words: Physical Therapy. WMSD. Social Representations. Workers' Health.

## LISTA QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1. Nomes e abreviações para os DORT.....  | 18 |
| Quadro 2. Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho.....  | 26 |
| Quadro 3. Atividades e Ações em Saúde do Trabalhador de Responsabilidade<br>do SUS, de Acordo com a Lei Orgânica da Saúde..... | 38 |
| Quadro 4. Reagrupamento profissional.....  | 50 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores e situação no mercado de Trabalho, no Brasil em 2002.....          | 29 |
| Tabela 2. Dados estatísticos sobre o número de acidentes e doenças do trabalho no Brasil.....               | 33 |
| Tabela 3. Distribuição de LER/DORT e porcentagem dessas afecções entre as doenças ocupacionais nos EUA..... | 34 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|        |   |
|--------|---|
| CAT    | Comunicação de Acidente de Trabalho                                 |
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador                        |
| CIF    | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CLT    | Consolidação das Leis do Trabalho                                   |
| DORT   | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho                 |
| DOU    | Diário Oficial da União   |
| DSAT   | Departamento de Saúde do Trabalhador                                |
| ILO    | International Labour Organization                                   |
| INSS   | Instituto Nacional de Seguridade Social                             |
| LER    | Lesões por Esforços Repetitivos                                     |
| MPAS   | Ministério da Previdência e Assistência Social                      |
| TEM    | Ministério do Trabalho e Emprego                                    |
| OIT    | Organização Internacional do Trabalho                               |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde  |
| RENAST | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador            |
| RS     | Representação Social  |
| SINAN  | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                     |
| SUS    | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                          |
| TRS    | Teoria da Representação Social                                      |
| WHO    | World Health Organization   |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>2</b>     | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....                                      | <b>16</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho</b> .....               | <b>16</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>A relação saúde e trabalho</b> .....                                 | <b>19</b> |
| <b>2.3</b>   | <b>Aspectos socioeconômicos e epidemiológicos</b> .....                 | <b>27</b> |
| <b>2.4</b>   | <b>Aspectos legais</b> .....  | <b>36</b> |
| <b>3</b>     | <b>REPRESENTAÇÃO SOCIAL E FISIOTERAPIA: BASES<br/>CONCEITUAIS</b> ..... | <b>41</b> |
| <b>4</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Objetivo geral</b> .....   | <b>45</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>Objetivos específicos</b> .....                                      | <b>45</b> |
| <b>5</b>     | <b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....  | <b>46</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>População de estudo</b> .....  | <b>46</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Método</b> .....   | <b>51</b> |
| <i>5.2.1</i> | <i>Primeira etapa</i> .....   | <i>51</i> |
| <i>5.2.2</i> | <i>Segunda etapa</i> .....  | <i>52</i> |
| <b>5.3</b>   | <b>Estratégias de análises de dados</b> .....                           | <b>53</b> |
| <b>5.4</b>   | <b>Aspectos éticos</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS</b> .....   | <b>56</b> |
| <b>7</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                       | <b>57</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>61</b> |
|              | <b>APÊNDICES</b> .....  | <b>70</b> |
|              | <b>ANEXOS</b> .....   | <b>84</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Refletir sobre as relações entre os modos de trabalhar e de adoecer das coletividades trabalhadoras remete-nos, necessariamente, à lida com interfaces entre as várias instâncias da realidade social. O empírico e o conceitual devem ater-se, por um lado, às demandas imediatas de intervenção e, por outro, às demandas de integração de conhecimentos distintos. Compreender para transformar exige que as teorias sejam, constantemente, desafiadas pelas práticas e assim repensadas.

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam o principal grupo de agravos à saúde entre as doenças ocupacionais em nosso país (RAGASSON, 2004). Podem ser definidos como manifestações ou síndromes patológicas, que se instalam, insidiosamente, em determinados segmentos do corpo, em consequência do trabalho realizado de forma inadequada, de acordo com as exigências das tarefas, com os ambientes físicos e com o processo da organização do trabalho (PIVETTA et al., 2005). São considerados expressões de desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as possibilidades humanas, no que se refere à capacidade física e também mental. O resultado dessa desproporcionalidade é um grande contingente de trabalhadores jovens com dores crônicas, incapacitados, na maioria das vezes, no auge da sua capacidade de trabalho, colocados à margem de qualquer possibilidade de ascensão social (SÃO PAULO, 2006).

Trata-se, portanto, de afecções de crescente importância mundial, com dimensões epidêmicas em diversas categorias profissionais, sob diversas formas clínicas, de difícil manuseio por parte das equipes de saúde e de instituições previdenciárias. Por essas características, geram inquietações sobre os limites do papel dos profissionais dentro da equipe de assistência, conforme citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

O sofrimento testemunhado impõe a necessidade da construção de políticas públicas de prevenção, que estimulem novas formas de organização do trabalho, que considerem o ser humano tão importante quanto a qualidade do produto ou do serviço prestado (SÃO PAULO, 2006).

As questões apontadas são polêmicas e se referem aos aspectos de quadros clínicos subjetivos, à interferência de fatores laborais e extralaborais, à

existência de pressões empresariais ou de burocracia previdenciária e a outras influências dentro do contexto social, político e cultural.

Pretendemos com este estudo, contribuir para a construção do conhecimento na área da saúde e trabalho, bem como para a melhoria da qualidade da atenção à saúde do trabalhador, visando oferecer opções mais seguras à proposição de medidas preventivas e curativas aos trabalhadores, seja através da implantação de efetivas políticas públicas de saúde, e/ou através de mudanças nos processos da organização do trabalho, no que se refere à saúde do trabalhador.

O *International Labour Organization* (1998/1999) reconhece a importância de se avaliar a extensão da incapacitação da força de trabalho mundial e os contextos e cenários nos quais esta ocorre, tendo em vista a implementação de programas de prevenção e reabilitação.

Ao longo dos 40 anos da existência da profissão de fisioterapeuta, muitos e notórios foram os avanços nas diversas áreas de atuação. Contudo, há um vasto campo com inúmeras frentes e possibilidades que precisam ser desbravadas, seja no aprimoramento do que já está construído, seja na ampliação de nossas atividades no campo da Saúde Brasileira, notadamente na Saúde Pública e na Saúde Coletiva.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais da assistência fisioterapêutica entre os trabalhadores com DORT no município de Juiz de Fora, MG, e macrorregião.

A importância deste tema é considerada pelo fato de existir poucos estudos e pouco entendimento sobre o tema pelos profissionais de saúde, pelos próprios trabalhadores e Previdência Social. No entanto, é verificada a necessidade de congregar as ações desenvolvidas pelos três ministérios – Saúde, Educação e Trabalho em prol da política à saúde do trabalhador. Portanto, o estudo despertou a importância de desenvolver políticas que agreguem as ações a serem desenvolvidas, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde do trabalhador focando nas ações de promoção e prevenção. Daí a necessidade de se conhecer as realidades e compreender os fatores que determinam o processo saúde-doença.

Destacamos a possibilidade de auxiliar na ampliação do contingente de profissionais envolvidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de lidar com essa patologia.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho

Desde o antigo Egito e o mundo greco-romano, a relação entre ocupação e trabalho já era discutida. No entanto, os acometidos eram servos ou escravos libertos e, em geral, a literatura é bastante econômica quando fala de suas vidas e de como adoeciam. A primeira literatura registrada surgiu em 1556, quando Georgius Agrícola publicou seu trabalho *De Re Metallica*, no qual relatou diversos problemas oriundos da extração e fundição do ouro e da prata, enfocando, inclusive, os acidentes de trabalho e as doenças entre os mineiros (MIRANDA, 1998).

Segundo Morfín (1996), foram identificados sinais de osteofitose marginal em ossos de punhos e joelhos em populações pré-hispânicas, que permaneciam de joelhos por tempo prolongado, executando movimentos de flexão e extensão dos membros superiores, na atividade de moer grãos.

Mais tarde, em 1700, Bernardo Ramazzini, considerado o pioneiro da medicina do trabalho, já fazia correlações entre as doenças e as atividades ocupacionais nos escribas e notários acometidos por esses distúrbios. Por vezes cursava com um quadro dramaticamente doloroso, compatível com DORT, atribuindo isso a três fatores básicos: vida sedentária, movimentos repetitivos da mão e atenção mental para que não manchasse os livros, refletindo em situações de constante tensão (RIBEIRO, 1997).

Contudo, apesar dos consagrados trabalhos, apenas por ocasião do século XVIII, com o impacto da Revolução Industrial, é que os trabalhadores começaram a adquirir importância socioeconômica e o adoecimento começou a ser objeto de estudo por parte da ciência.

A Revolução Industrial, ocorrida na Europa, deu início ao processo de industrialização que vem se perpetuando até os dias atuais. Desde então, observa-se o crescimento de um trabalho mecanizado, automatizado, repetitivo, competitivo, com longas jornadas de trabalho e ambientes inadequados. Os resultados deste processo criaram grandes consequências à saúde dos trabalhadores, levando-os a

uma série de adoecimentos, queixas e afastamentos do trabalho (MENDES; WAISSMANN, 2001).

Os quadros clínicos configuraram-se, claramente, como decorrência de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais, tornando-se mais numerosos. A partir da segunda metade do século XX, adquiriram expressão, em número e relevância social, com a racionalização e inovação técnica na indústria. Atualmente, essas expressões de desgaste de estruturas do sistema músculo-esquelético atingem diversas categorias profissionais, com várias denominações, entre as quais Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e DORT, adotadas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2006a).

Matte, Baker e Honchar (1989), assim como Erdil, Dickerson e Glackin (1994) alegam que tais ocorrências aumentaram, graças a melhores critérios de diagnósticos e definições dadas pelo *National Institute for Occupational Safety and Healty* (NIOSH) para as LER/DORT ligadas ao trabalho.

Entretanto, Hadler (1990) tem opinião diversa. Para este autor, o aumento dos relatos de LER/DORT é oriundo de maiores exigências do trabalho com dor e fadiga muscular e de interesses financeiros, como deficiências nos incentivos do sistema de compensação trabalhista e a cumplicidade ou a ingenuidade dos médicos.

No Brasil, a primeira referência oficial a esse grupo de afecções do sistema músculo-esquelético foi feita pela Previdência Social, com a terminologia “tenossinovite do digitador”, através da portaria n. 4.062, de 06 de agosto de 1987 (BRASIL, 2005a), não porque já não houvesse farta bibliografia internacional antes disso, mas porque somente nesse ano a pressão social da categoria dos digitadores obteve essa conquista (SETTIMI; SILVESTRE, 1995).

Em 1992, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo publicou a Resolução SS 197/92, que introduziu, oficialmente, a terminologia LER, após amplas discussões entre vários segmentos sociais. Nesse mesmo ano, a Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais publicaram a Resolução 245/92, baseada na Resolução SS 197/92, de São Paulo (BRASIL, 2005a).

Em virtude da pressão social e da incorporação do conhecimento de literatura, o conceito foi ampliado e muitas outras entidades mórbidas passaram a ser reconhecidas como decorrentes do trabalho.

Em 1993, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) publicou sua Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade para LER, baseada nas resoluções citadas anteriormente. Na revisão de sua Norma Técnica, em 20 agosto de 1998, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU), a substituição de LER por DORT pela Previdência Social, tradução escolhida para a terminologia *Work Related Musculoskeletal Disorders*. Tal publicação gerou protestos de diversos setores sociais, porém, não há sinalizações de alterações já que suas diretrizes estão de acordo com as tendências da reforma da Previdência Social (BRASIL, 2005a).

Tende-se a substituir as nomenclaturas utilizadas até então, como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Distúrbio Cervicobraquial Ocupacional (DCO), Síndrome do Overuse, dentre outras terminologias utilizadas em outros países, conforme citado por Arksey (1998), e descrito no Quadro 1.

| <b>Abreviatura</b> | <b>Nome da desordem</b>                  | <b>País que o termo é usado</b>                  |
|--------------------|--|--|
| RSI                | Repetitive (or Repetition) Strain Injury | Grã-Bretanha, Canadá, Austrália, The Netherlands |
| WRULD              | Work Related Upper Limb Disorder         | Grã-Bretanha                                     |
| CTD                | Cumulative Trauma Disorder               | Estados Unidos da América                        |
| ULD                | Upper Limb Disorder                      | Grã-Bretanha                                     |
| OCD                | Occupational Cervicobrachial Disorder    | Japão, Escandinávia                              |
| OOS                | Ocupational Overuse Syndroom             | Austrália, Nova Zelândia                         |
| WRMD               | Work Related Musculoskeletal Disorder    | Mundial  |

**Quadro 1. Nomes e abreviações para os DORT**  
**Fonte: Arksey (1998)**

No presente estudo, adotaremos a nomenclatura DORT por permitir o reconhecimento de maior variedade de entidades mórbidas, bem definidas ou não, causadas pela interação de fatores laborais diversos, retirando a falsa ideia de que o

quadro clínico se deve, apenas, a um fator de risco, ou que haja, necessariamente, uma lesão orgânica, ou que se restrinja a uma só localização, de acordo com Kuorinka e Forcier (1995).

Segundo o entendimento de Sato (2001), diferentemente das doenças profissionais, os DORT enquadram-se em afecções nas quais não se identifica, apenas, um agente causal, mas vários, dentre os quais se destacam os laborais que irão repercutir em danos para a saúde física e mental do trabalhador.

Dessa forma, podemos constatar que os DORT não podem ser considerados como doenças da era industrial e da modernidade, mas como distúrbios relacionados diretamente com o processo da organização do trabalho, privilegiando a alta produtividade e a qualidade do produto, em detrimento da preservação do trabalho e da qualidade de vida do trabalhador (BRASIL, 2001a).

Ribeiro (1999) define os DORT como uma síndrome emblemática, que denuncia um sistema de trabalho produtor de doenças, expressão dos conflitos históricos entre capital e trabalho.

## **2.2 A relação saúde e trabalho**

A doença no trabalho é um fenômeno oriundo dos modos de trabalhar concretos, em contextos específicos de produção. Porém, não pode ser compreendida, apenas, enquanto experiência biológica e objetiva. Saúde e doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e a atribuição de significados (ECHTEMACHT, 2004).

A Saúde do Trabalhador é um campo específico da área da Saúde Pública, que procura atuar através de procedimentos próprios, com a finalidade de promover e proteger a saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho. Ela se constrói por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e das condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001b).

Isso implica em uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, visando à preservação e à promoção da saúde, através de medidas de alcance coletivo (MINAYO GOMES; THEDIM, 1997).

Dentro deste contexto, chama-se a atenção para a Fisioterapia, enquanto ramo da saúde, que estuda, avalia, previne e trata os distúrbios da cinesia humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas.

O fisioterapeuta é o profissional responsável pela avaliação, prevenção, tratamento e reintegração do paciente à sociedade. A fisioterapia é uma ciência aplicada que possui como objeto de estudos o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico utiliza conhecimentos e recursos próprios, utilizando-os com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. Para tanto utiliza-se da ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterapêuticas, crioterapêuticas, fototerapêuticas, eletrototerapêuticas além de agentes cinesioterapêuticos dentre outros advindos da evolução dos estudos e da produção científica da área (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Amparado na Resolução n. 259, de 18 de dezembro de 2003 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (2004) cabe ao Fisioterapeuta do Trabalho identificar, avaliar e observar os fatores ambientais que possam constituir risco à saúde funcional do trabalhador, em qualquer fase do processo produtivo, alertando a empresa sobre sua existência e possíveis consequências; realizar a análise biomecânica da atividade produtiva do trabalhador, considerando as diferentes exigências das tarefas nos seus esforços estáticos e dinâmicos; promover ações terapêuticas preventivas a instalações de processos que levam a incapacidade funcional laborativa; desenvolver programas coletivos, contributivos à diminuição dos riscos de acidente de trabalho, entre outras atribuições. Em 13 de junho de 2008, a Resolução n. 351, do COFFITO (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2008), dispõe sobre o Reconhecimento da Fisioterapia do Trabalho como especialidade do profissional fisioterapeuta (BAÚ; KLEIN, 2009).

Nos últimos anos, os fisioterapeutas vêm se deparando com a necessidade de buscar novas formas de atuação profissional para além do modelo clínico tradicional. Isso exige um conhecimento desta nova realidade possibilitando uma ação profissional que prime pela prevenção e não apenas pela reabilitação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999), de modo a construir uma nova “práxis” dentro de um modelo de atenção à saúde, mais condizente com as mudanças existentes no sistema de saúde do país (VÉRAS et al., 2004).

O fisioterapeuta possui um papel importante no campo da reabilitação física, atuando de forma interdisciplinar. Considerado um membro da equipe de saúde com sólida formação científica, que atua no desenvolvimento das ações de prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação, através de orientações e promoção da saúde, atuando nos três níveis de atenção.

A doença no trabalho enquanto fenômeno particular e social, singular e plural, que revela ou oculta o conteúdo das mediações que a originam, não deve ser tratada como uma unidade analítica simples, dissociada de seus eixos mediadores, para que as possibilidades preventivas sejam alcançadas.

Nas últimas décadas, devido às transformações nos processos de produção, a automação deste processo, as elevadas exigências de produção, a competitividade exacerbada, as mudanças na gestão de trabalho e as novas políticas de gestão de pessoal, que antes se restringiam aos artesãos, escribas e digitadores, atualmente se estendem a diversas categorias profissionais.

Vivemos a transição de uma sociedade industrial para pós-industrial, na qual se trabalha cada vez menos com matéria prima e cada vez mais com a informação e processamento de dados (DWYER, 2000). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) afirma que a alta prevalência dos DORT se explica pela transformação do trabalho, cuja organização se caracteriza pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando a qualidade dos produtos, dos serviços e da competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais.

Exige-se adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, pautadas pela intensificação do trabalho, aumento real das jornadas, prescrição rígida de procedimentos, impossibilitando manifestações de criatividade e flexibilidade. Além das exigências psicossociais, que são incompatíveis, adicionam-se aos aspectos físico-motores, a alta demanda de movimentos repetitivos, a ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, a necessidade de permanência

em determinadas posições por tempo prolongado, a atenção para não errar e a submissão ao monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto.

Muitas situações de trabalho e da vida cotidiana são prejudiciais à saúde, e as doenças do sistema músculo-esquelético constituem as mais importantes causas do absenteísmo e da incapacitação para o trabalho. Estas podem ser atribuídas ao trabalho repetitivo, sobrecargas, fatores ambientais e/ou organizacionais, ao uso inadequado de equipamentos e tarefas associadas à pressão psíquica no ambiente de trabalho (CAETANO, 2006).

Para Couto (1994), se algum trabalhador tiver alguma doença do trabalho ou ocupacional, que o deixe incapacitado, ele tem mais de 1/3 de chance de essa doença ser decorrente dos DORT. Para tanto, basta que exista a conjugação de outros agentes causadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho, dentre eles: agentes físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos, biológicos e psicossociais (ASMUS et al., 1996).

O trabalho conecta-se diretamente com o sistema produtivo e é responsável pela geração de riqueza nacional. Assim sendo, as ações na saúde do trabalhador devem estar integradas com as da saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral (WÜNSCH FILHO, 2004).

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) e Dejours (1987), são os conteúdos das tarefas, a qualidade das relações com os pares e a hierarquia que podem desencadear sofrimento psíquico para o trabalhador ou serem fontes de prazer e equilíbrio, dependendo da margem de liberdade oferecida aos trabalhadores. Algumas condições do ambiente de trabalho podem contribuir no processo de adoecimento do trabalhador. Dentre elas citam-se fatores inadequados no ambiente físico como mobiliário impróprio, ruídos e temperatura elevados; fatores ligados à organização do trabalho, como ritmo acelerado de trabalho, ausência de pausas, exigência de produção; fatores psicossociais tais como stress, ansiedade, depressão, conflitos de relação profissional (clientes-profissionais-chefes); e, ainda, aspectos relacionados às características individuais do trabalhador como os vícios posturais e as doenças preexistentes.

A percepção do sofrimento implica necessariamente em um movimento pessoal de reflexão sobre o “estar no mundo”. Por sua vez, a vivência de sofrimento

não pode ser separada da corporalidade. É o corpo que dá a visibilidade do sofrimento e é desta forma que a corporalidade se insere no mundo e nas relações interpessoais.

Mendes e Dias (1994) explicam que o adoecimento dos trabalhadores possui uma forte relação entre o significado cultural, político e econômico que a sociedade atribui aos seus corpos. Ou seja, culturalmente, para que seja valorizada pela sociedade, a pessoa deve ser útil para a mesma, sendo que não trabalhar torna-se sinônimo de inutilidade e má vontade, acarretando ao trabalhador sentimentos de desvalia. Muitas vezes, isso acarreta prejuízos em todas as esferas da vida do trabalhador, pois, na medida em que este não possui saúde para trabalhar, também não poderá desfrutar da mesma para o seu lazer.

O sofrimento psíquico atravessa toda a história de trabalho e doença desses trabalhadores, que sofrem com a angústia e o desespero de terem que trabalhar com dor, com as negativas dos médicos em relação a sua doença, com a procura por tratamento que diminua os sintomas e lhes ajude a entendê-los. Sofrem com a forma como são tratados nos serviços de saúde públicos e privados, com a cronificação das lesões, com a falta de perspectivas de cura e a ineficácia dos tratamentos (NEVES, 2006).

Não obstante a dimensão social do problema, o que têm preponderado, do ponto de vista científico, são as dificuldades e as controvérsias na caracterização dos quadros de DORT, refletindo as limitações da prática médica ao lidar com essas questões, tanto no que se refere à caracterização dos quadros clínicos englobados nessa denominação, quanto aos aspectos envolvidos na sua causalidade e história natural (SANTOS FILHO; BARRETO, 1998).

Segundo o entendimento de Echemacht (2004) a atual estrutura econômica do Brasil favorece a exclusão social por meio do fenômeno do desemprego e da sucessiva redução dos salários. Consequentemente, a qualidade de vida dos trabalhadores é atingida em diversos aspectos, incluindo as condições alimentares, moradia, descanso, lazer, favorecendo a violência urbana e o crescimento das favelas. Algumas expressões comumente ouvidas no convívio entre os trabalhadores em diversos setores revelam os impactos de tais contingências sobre a saúde no trabalho, de acordo com o estudo de Echemacht (2004, p.86): “[...] Aqui dentro somos um trabalhando por dez, lá fora estão 10 desempregados [...]”.

E ao serem questionados sobre como lidam com os aspectos agressivos das situações de trabalho nesse contexto (ECHTEMACHT, 2004, p.86): “[...] isso a gente se acostuma [...]”.

Essa mesma autora afirma que tais respostas remetem aos processos de adaptação coletiva dos trabalhadores às condições intensivas e precárias de trabalho e aos campos de possibilidades de regulação que aí se configuram, nos quais a penosidade, a insalubridade e a periculosidade tornam-se elementos inerentes à própria condição trabalhadora.

Em síntese, estar e manter-se inserido no mercado de trabalho hoje, no Brasil, é questão prioritária frente às demandas de sobrevivência das diversas coletividades trabalhadoras. Nesse cenário, as respostas aos questionamentos sobre as condições de trabalho, os conteúdos do trabalho e os efeitos do trabalho sobre a saúde tendem a situar-se em planos secundários de análise e intervenção.

Tais demandas aparecem nos rastros em forma de alguns fenômenos como: a terceirização predatória, na qual as atividades de trabalho que envolvem maiores riscos tendem a ser terceirizadas; o crescimento da economia informal com seus espaços produtivos chamados de “fundo de quintal”, onde a precariedade dos meios de trabalho e conteúdos intensivos imperam, dadas as dificuldades de acesso à tecnologia e à equidade competitiva; e as cooperativas que funcionam como centros de recrutamento de mão-de-obra sem vínculos empregatícios e direitos trabalhistas (ECHTEMACHT, 2004).

As situações produtivas, inclusive as terceirizadas, representam aos trabalhadores a dificuldade de acesso às condições de saúde e segurança dos coletivos de trabalho aí inseridos.

A transferência de partes do sistema produtivo, mediante contratos, para outras instâncias empresariais a distância, permite à empresa-líder manter o total controle sobre o processo produtivo dessas unidades independentes. Porém, nestas micro-empresas, é comum a ampliação das jornadas de trabalho, sendo a precariedade uma constante pelo acúmulo de funções e descumprimento dos regulamentos de proteção à saúde. O risco de doenças tem uma relação direta com a duração e intensidade da exposição. Portanto, a terceirização promove a crescente deterioração das condições de saúde dos trabalhadores (WÜNSCH FILHO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), citado por Teiger (1985), os distúrbios de saúde ou doenças relacionados ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional, na qual há um agente causal específico como, por exemplo, asbestose/asbesto e as doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho, nas quais vários fatores laborais podem contribuir para suas ocorrências, como no caso dos DORT.

De acordo com a concepção que norteia essa classificação, os exemplos de doenças profissionais acima corresponderiam a doenças “inerentes” às atividades laborais, pois, “necessariamente”, haveria exposição a esses agentes. Nesses casos, o nexos causal entre atividades e patologias seria automático. Essa suposta inevitabilidade tem sido contestada, já que a ocorrência dessas doenças associa-se, em geral, a situações de exposição descontrolada e que a inexistência de medidas de controle não decorre de impossibilidades técnicas, mas sim de opções gerenciais e políticas por parte de empresários e seus prepostos.

O grau de funcionalidade e incapacidade relacionado às condições de saúde, identificando o que um trabalhador “pode ou não fazer na sua vida diária”, considerando as estruturas e funções do corpo e sua participação social no meio em que vive, pode ser categorizado segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela OMS (BUCHALLA; FARIAS, 2005). As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões podem ser classificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), 10ª Revisão (CID-10), que fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003), constituindo um instrumento útil para as estatísticas de saúde.

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são dois instrumentos complementares, já que a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornecerá um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou da população. Por exemplo, duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não apresentarem, necessariamente, a mesma condição de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os trabalhadores também compartilham os perfis de adoecimento e morte, em função da idade, gênero, grupo social ou inserção em grupo específico de risco.

Podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho e pelas condições adversas, que podem causar acidentes de trabalho, em que o mesmo foi ou é realizado. Dessa forma, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da amalgamação desses fatores. O Quadro 2 resume e exemplifica os grupos das doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984), citada pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001b).

| <b>Categoria</b>   | <b>Exemplos</b>   |
|--|---|
| I – Trabalho como causa necessária   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicação por chumbo</li> <li>• Silicose</li> <li>• Doenças profissionais legalmente reconhecidas</li> </ul>                     |
| II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença coronariana</li> <li>• Doenças do aparelho locomotor</li> <li>• Câncer</li> <li>• Varizes dos membros inferiores</li> </ul> |
| III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bronquite crônica</li> <li>• Dermatite de contato alérgica</li> <li>• Asma</li> <li>• Doenças mentais</li> </ul>                   |

**Quadro 2. Classificação das Doenças Segundo sua Relação com o Trabalho**  
**Fonte: Schilling (1984 apud BRASIL, 2001c)**

Importante ressaltarmos que, para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, é imprescindível considerar o relato dos trabalhadores, pois apenas eles sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano, sendo capazes de explicar até mesmo o adoecimento, apesar dos avanços tecnológicos das técnicas para estudos das condições de trabalho.

O reconhecimento de que determinados distúrbios de saúde se relacionam ao trabalho, deve ser estimulado e apoiado pelas agências de fomento e realizado pelo sistema de saúde, universidades, institutos de pesquisa, em colaboração com outras organizações sociais.

### 2.3 Aspectos socioeconômicos e epidemiológicos

Para Wünsch Filho (2004), a adoção de tecnologias de ponta, sem dúvida, reduziu a exposição aos fatores de riscos ocupacionais nos ramos de atividade, surgindo, contudo, outros riscos. As inovações da informática, aliadas às formas de organização dos processos produtivos, induzem o uso excessivo e repetitivo de determinados grupos musculares, gerando doenças do sistema músculo-esquelético que se disseminam em inúmeros ramos de atividade.

Alguns países com diferentes graus de desenvolvimento como Brasil, Canadá, Chile, Suécia, Japão, Estados Unidos da América (EUA) e Austrália enfrentam uma alta incidência desses distúrbios, assumindo um caráter endêmico (BRASIL, 2001c). O Brasil vem se destacando por crescentes estatísticas de prevalências nas agências de seguro social e serviços de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL, 1995; PINHEIRO; MARTINS JÚNIOR; MARINHO, 1995; SANTOS FILHO, 1995; VORCARO, 1995). Constituem, portanto, um problema de extrema relevância no contexto de saúde pública, de alta e crescente incidência, que apresenta repercussões sociais e econômicas (SANTOS FILHO; BARRETO, 1998).

No Diário Oficial do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2006) encontra-se o seguinte discurso no que se refere aos trabalhadores com DORT:

[...] Oneram os sistemas público e privado de saúde, a Previdência Social, as empresas e o poder judiciário. Entram com processos trabalhistas, previdenciários e de responsabilidade civil, em busca de indenizações e compensações financeiras que nunca lhes devolverão a integridade física e psíquica, mas que podem lhes permitir sobreviver, já que dificilmente conseguem se reabilitar e se inserir no mercado de trabalho. (SÃO PAULO, 2006, p.11).

Os números não são precisos na maioria dos países, mas a prevalência de casos é cada vez maior, contrariando uma expectativa da década de 80 quando se pensava que o trabalho repetitivo e suas repercussões na saúde diminuiriam com o avanço da tecnologia (BRASIL, 2005a).

Muitos países viveram situações semelhantes à vivida pelo Brasil nestes últimos anos como, por exemplo, o Japão, na década de 70, os países escandinavos

e a Austrália, na década de 80. Neste último país, instalaram-se algumas polêmicas pelo fato de a maioria dos diagnósticos firmados terem sido genericamente incluídos como Occupational Overuse Syndrome, configurando o que hoje aparece descrito na literatura como a “Epidemia Australiana”, repercutindo consequências sociais do fenômeno (BRASIL, 2005a).

No Brasil, não dispomos de um banco de dados epidemiológicos que cubra a totalidade dos trabalhadores. De acordo com os próprios órgãos governamentais, os levantamentos estatísticos oficiais não retratam o quadro real de como adoecem os trabalhadores, sem contar a subnotificação no registro de número de acidentes do trabalho e doenças profissionais (REIS et. al., 2000).

Para Santos Filho e Barreto (1998), as limitações dos estudos epidemiológicos sobre os DORT podem ser resumidas nos seguintes apontamentos:

- Falta de padronização rigorosa na definição dos “casos” segundo a especificidade e gravidade clínica;
- Inclusão de “casos” prevalentes e incidentes;
- Imprecisão e precariedade na definição e mensuração dos fatores de exposição relevantes;
- Limitação metodológica dos desenhos adotados.

Os critérios de definição da gravidade de determinadas situações e os vieses associados podem contribuir na condução de estimativas. Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), o sistema nacional de informação do SUS não inclui os acidentes de trabalho em geral e nem os DORT em particular. Os indicadores de morbimortalidade dos trabalhadores provêm, em geral, dos dados organizados e divulgados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (BRASIL, 2000), que se referem apenas aos trabalhadores do mercado formal (menos de 50% da população economicamente ativa), coletados para fins pecuniários e não epidemiológicos.

Entre 1985 e 1997, a parcela dos ocupados pelo setor formal reduziu de 56% para 45%, em contraposição aos ocupados no setor informal que ascenderam de 44% para 55%. Portanto, os dados provenientes do MPAS são bastante limitados e cada vez menos representativos da força de trabalho brasileira (WÜNSCH FILHO, 2004).

No Brasil, a População Economicamente Ativa (PEA) em 2002, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através do

Programa Nacional de Pesquisas Continuadas por Amostras de Domicílios (PNAD), foi de 82.902.480 pessoas, das quais 75.471.556 foram consideradas ocupadas, de acordo com a Tabela 1 (BRASIL, 2004).

**Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores e situação no mercado de Trabalho, no Brasil em 2002**

| <b>DADOS POPULACIONAIS E DE MERCADO DE TRABALHO</b>                                 |                    |
|---|--------------------|
| <b>População residente</b>  | <b>171.667.536</b> |
| <i>Homens</i>   | 83.720.199         |
| <i>Mulheres</i>   | 87.974.337         |
| <b>População Economicamente Ativa*</b>  | <b>82.902.480</b>  |
| <i>Ocupados</i>   | 75.471.556         |
| <i>Desocupados</i>  | 7.430.924          |
| <b>População Ocupada*</b>   | <b>75.471.556</b>  |
| <i>Empregados</i>   | 41.755.449         |
| Com carteira  | 22.903.311         |
| Militares e estatutários  | 4.991.101          |
| Outros (inclui sem declaração)  | 13.861.037         |
| <i>Trabalhadores domésticos</i>   | 5.833.448          |
| Com carteira  | 1.556.369          |
| Sem carteira  | 4.275.881          |
| Sem declaração  | 1.198              |
| <i>Conta própria</i>  | 17.224.328         |
| <i>Empregadores</i>   | 3.317.084          |
| <i>Não remunerados</i>  | 4.334.387          |
| <i>Trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso</i> | 3.006.860          |
| <b>Fonte: PNAD (2002 apud BRASIL, 2004)</b>   |                    |
| <b>Legenda: * Com 16 anos ou mais</b>   |                    |

Observam-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas aos trabalhadores.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são agravos, na sua maior parte, evitáveis e que trabalhadores excluídos do mercado formal, assim como os trabalhadores do campo, encontram-se ainda mais descobertos e vulneráveis (BRASIL, 2005b).

No Brasil, a partir de 1985, também houve um aumento significativo dos casos de DORT, provavelmente fruto de uma melhor notificação, passando de 4,69% do total das doenças profissionais para 41,77% em 1988. As mulheres são as mais afetadas, talvez, pela jornada doméstica adicional, por possuírem menor número de fibras musculares e menor capacidade de armazenar e converter glicogênio em energia útil, além de habitualmente serem designadas nas indústrias para as atividades repetitivas, que exigem maior habilidade. O quadro se agrava, principalmente, durante a gestação e a menopausa (REGIS FILHO; MICHELS; SELL, 2005).

Os DORT, considerados um dos mais graves transtornos observados, incidem, fortemente, nos trabalhadores jovens, principalmente mulheres entre 20 e 39 anos, sendo a maior causa de afastamento do trabalho e pagamento de indenizações no Brasil e nos demais países industrializados, além de gerarem diferentes graus de incapacidade funcional (WALSH et al., 2004). Em estudo realizado por Pinheiro, Tróccoli e Paz (2006), foi observado que o aumento da idade aumenta a probabilidade de relato de sintomas osteomusculares.

Essa tem sido uma questão bastante discutida no meio científico que debate a saúde do trabalhador. Na literatura não está claro se a diferença de distribuição quanto ao sexo em algumas desordens músculo-esqueléticas dos membros superiores é devida a diferenças fisiológicas (fibras musculares, estatura, maior frequência no relato de dor) ou a diferenças na exposição (postos de trabalho inadequados, emprego em trabalhos manuais intensivos) (REIS et al., 2000).

Entretanto, há consenso nas diferenças existentes entre os homens e as mulheres com relação à inserção no mercado de trabalho. Uma pesquisa realizada por Reis et al. (2000) demonstrou que os incapacitados por lesões por esforços repetitivos, no programa de reabilitação, no ano de 1995, eram, na maioria, mulheres, correspondendo a 381 (67,6%) delas nas ocupações como auxiliar de escritório, faxineira, digitadora, cozinheira e caixa. No próprio domicílio ou em domicílios alheios, as mulheres predominam como as principais trabalhadoras, conservando seus postos de trabalho em momentos de crise, pagando o preço da instabilidade e da própria deteriorização das condições de trabalho. Questões de ordem cultural e socioeconômicas devem ser lembradas para as diferenças de gênero no mundo do trabalho (JUANG, 2008).

A literatura internacional, relativa a países capitalistas centrais, tem registrado um aparente paradoxo, que se traduz no fato das mulheres, embora morrendo menos que os homens, em praticamente todas as faixas etárias, apresentarem indicadores de morbidade e de utilização de serviços de saúde mais elevados. A sobreutilização feminina de serviços de saúde, sejam estes ambulatoriais ou hospitalares, também é constante na literatura. E enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se como essencialmente voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo (AQUINO, MENEZES, AMOEDO, 1992).

Os diferenciais encontrados têm sido em parte atribuídos a exposição diferenciada a fatores de risco, especialmente no trabalho, como decorrência do lugar social de homens e mulheres. Além disso, diferenças de gênero na construção da experiência de adoecimento - tanto na percepção, quanto no relato diferenciado entre os sexos - também contribuiriam para a existência desses diferenciais de morbidade e de utilização de serviços de saúde (AQUINO, MENEZES, AMOEDO, 1992).

Galete (2006) acredita que a participação maior das mulheres nas atividades domiciliares deve-se ao crescimento econômico desigual, que impulsiona o desemprego dos homens, levando as mulheres a procurarem opções diferenciadas para complementar a renda familiar. Bruschini e Lombardi (2000) observam que a disponibilidade das mulheres para o trabalho está vinculada à necessidade de conciliar funções familiares e profissionais, que são dependentes de fatores como: estado conjugal, número de filhos, idade, escolaridade e características do grupo (ciclo de vida e estrutura familiar).

Rocha e Ribeiro (2001) destacaram a sobrecarga da mulher, no que diz respeito ao trabalho doméstico. Citam que, na inter-relação entre os papéis exercidos pelas mulheres na atividade econômica e no trabalho doméstico, o primeiro aspecto a ser destacado é a superposição de responsabilidades a que a mulher se submete, permanecendo sob ela o cuidado com a casa e a família, paralelamente à participação no mercado de trabalho. No estudo citado, as mulheres analistas de sistemas referiram maior número de horas de trabalho doméstico, quando comparadas aos profissionais do gênero masculino. Tal situação gera altos

níveis de sobrecarga de trabalho, estresse e conflitos de magnitude crescente, de acordo com o número de filhos de cada uma.

Neves (2006) reforça que as mulheres, mesmo com lesões musculoesqueléticas, preocupam-se com o trabalho doméstico e com o cuidado com os filhos. Que o “estar em casa” significa assumir o papel de “dona-de-casa” e que, não conseguir realizar essas tarefas, traz um verdadeiro sofrimento.

O perfil sócio-demográfico da população mudou nas últimas décadas e, conseqüentemente, mudaram também as formas de adoecimento, de acordo com Monteiro (1995). Provavelmente, esses quadros já existiam antes, mas não eram considerados como relacionados ao trabalho, nem tampouco ocorriam em grande número. Muitos deles, possivelmente, enquadravam-se no imenso rol das idiopatias (BRASIL, 2005a).

No Brasil, os dados estatísticos sobre o número de acidentes e doenças do trabalho são processados e disponibilizados pelo INSS e dizem respeito aos trabalhadores empregados pelo setor formal da economia, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com registro em carteira de trabalho, conforme a Tabela 2. Não constam nesses registros os acidentes e doenças com trabalhadores informais, servidores públicos, cooperados e a maior parte dos trabalhadores rurais. A partir de 1996 os dados foram extraídos da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e do Sistema Único de Benefícios (SUB), processados pelos dados da Previdência Social, provenientes dos postos de benefícios. A Previdência Social enfatiza que os dados são parciais, estando sujeitos a correções. De 1970 a 1984 a fonte de referência utilizada da coluna Trabalhadores foi a Coordenação Geral de Estatística e Atuária, que identificava o número de trabalhadores segurados. A partir de 1985, passaram a adotar como fonte de referência o número de trabalhadores formais, de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) pela Relação Anual de Informações (RAIS) (CONGRESSO NACIONAL SOBRE CONDIÇÕES E MEIO AMBIENTE DO TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO, 2001 ).

**Tabela 2. Dados estatísticos sobre o número de acidentes e doenças do trabalho no Brasil**

| Ano           | Trabalhadores | Acidentes |         | Doenças | Total Acidentes | Acidentes 100 mil Trabalhadores | Óbitos | Óbitos 100 mil Trabalhadores | Óbitos 10 mil Acidentes |
|---------------|---------------|-----------|---------|---------|-----------------|---------------------------------|--------|------------------------------|-------------------------|
|               |               | Típico    | Trajeto |         |                 |                                 |        |                              |                         |
| Média Anos 70 | 12.428.828    | 1.535.843 | 36.497  | 3.227   | 1.575.566       | 13.696                          | 3.604  | 30                           | 23                      |
| Média Anos 80 | 21.077.804    | 1.053.909 | 59.937  | 4.220   | 1.118.071       | 5.388                           | 4.672  | 22                           | 42                      |
| Média Anos 90 | 23.648.341    | 414.886   | 35.618  | 19.706  | 470.210         | 1.998                           | 3.925  | 17                           | 85                      |
| 2000          | 26.228.629    | 304.963   | 39.300  | 19.605  | 363.868         | 1.387                           | 3.094  | 12                           | 85                      |
| 2001          | 26.966.897    | 282.965   | 38.799  | 18.487  | 340.251         | 1.259                           | 2.753  | 9                            | 81                      |

**Fonte: Congresso Nacional sobre Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção (2001)**

Conforme observamos na Tabela 2, é crescente o número de doenças ocupacionais notificadas entre a média dos anos 70 até o ano de 2001, em contra partida o número de acidentes diminuiu substancialmente.

De economia rural, o Brasil passou rapidamente à economia industrial e, atualmente, em várias regiões do País, notadamente nas zonas urbanas, os ramos de serviços e mudanças na organização do trabalho favorecem o aumento dos DORT.

No Brasil, os dados publicados, em 2006, pelo Ministério da Previdência Social, registraram 503.890 acidentes e doenças do trabalho, dentre estes 26.645 foram notificados como doenças ocupacionais. Parte desses tiveram como consequência o afastamento das atividades de 440.124 trabalhadores devido à incapacidade temporária (303.902 até 15 dias e 136.222 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 8.383 trabalhadores por incapacidade permanente e o óbito de 2.717 cidadãos. Os números, que já são alarmantes, podem ser ainda maiores, considerando que os dados publicados têm por base informações coletadas pelo INSS, por meio da CAT, que deve ser preenchida pela empresa, embora haja algumas que não notificam os acidentes. Além disso, não são registrados os acidentes e doenças dos trabalhadores informais e das empregadas domésticas (BRASIL, 2006c).

Segundo o *United States Bureau of Labour Statistics* (apud BRASIL, 2005a), nos EUA houve um aumento de 14 vezes o número de casos dos DORT entre 1981

e 1994, como se pode observar na Tabela 3. Em 1993, no Canadá e na Dinamarca, respectivamente, 50,5% e 45,6% dos casos de doenças ocupacionais foram diagnosticados como DORT.

**Tabela 3. Distribuição de LER/DORT e porcentagem dessas afecções entre as doenças ocupacionais nos EUA**

| <b>Ano</b> | <b>Frequência</b> | <b>% em relação às doenças ocupacionais</b> |
|------------|-------------------|---|
| 1981       | 22.600            | 18  |
| 1983       | 26.000            | 25  |
| 1984       | 34.700            | 28  |
| 1985       | 37.000            | 30  |
| 1987       | 72.900            | 38  |
| 1988       | 115.300           | 48  |
| 1989       | 146.900           | 52  |
| 1990       | 185.400           | 56  |
| 1991       | 223.600           | 61  |
| 1993       | 302.400           | 64  |
| 1994       | 332.000           | 65  |

**Fonte: United States Bureau of Labour Statistics (apud BRASIL, 2005a)**

Os gastos públicos em saúde e tratamentos em longo prazo tornaram-se a fonte principal de pressões fiscais nos países, segundo a *Occupational Safety And Health Administration* – OECD (2006), ao registrarem uma média de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países da OECD em 2005, apontando os DORT como uma das causas mais frequentes de absenteísmo ao trabalho. A pesquisa revela que os custos gerados com os tratamentos dos DORT são mais caros para o governo e as empresas. No entanto, a ausência no trabalho, despesas com medicamentos, como também a diminuição da produção da empresa e custos gerais podem alcançar a cifra de cerca de US\$60.000 por caso incidente.

A estimativa do custo direto das empresas foi em torno de 25 bilhões de dólares em 1993 nos EUA. De acordo com os registros do *National Center for Health Statistics*, em 1994, entre as 849.000 consultas realizadas e fundamentadas na medicina baseada em evidência, as cirurgias da síndrome do túnel do carpo foram consideradas a segunda causa mais comum de procedimento cirúrgico nos EUA,

ultrapassando as fraturas e as amputações (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2006).

A expansão dos casos dos DORT vem acarretando, pelos números ascendentes de benefícios pleiteados ou concedidos, fortes impactos no sistema de previdência pública e, por conseguinte, na distribuição do ônus para o conjunto da sociedade (SALIM, 2003).

De acordo com estudos em diferentes países, os custos para a sociedade em geral, quanto à morbidade e mortalidade relacionadas ao trabalho, têm sido estimados entre 2% e 14% do PIB (LEIGH et al., 1999).

No Brasil, Pastore (2000) estimou que esses custos, incluindo todas as esferas em que repercutem, seriam da ordem de R\$ 20 bilhões ao ano. Esse valor situa-se bem abaixo das cifras que seriam obtidas pela metodologia proposta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), cujas estimativas indicam que, apenas com os acidentes de trabalho, os gastos podem chegar a representar 10% do PIB de países subdesenvolvidos.

O trabalho tem um papel central em nossa sociedade, permitindo aos trabalhadores adquirirem as mínimas condições necessárias para sobreviver e fazer parte da sociedade. Apresenta-se, nesse contexto, como “passaporte” para a cidadania: concedendo ao trabalhador os seus direitos e deveres.

O medo de perder o emprego em um país que enfrenta um desemprego estrutural é um fator importante a ser considerado, quando pensamos nessa indagação. A necessidade de manter o emprego a qualquer custo traz, então, um cotidiano de trabalho muitas vezes repleto de resignação e impossibilidade de mudanças, situação que poderá gerar incômodo no contexto laboral, fazendo com que o trabalhador se submeta a condições de trabalho muitas vezes incompatíveis com a sua saúde.

A diversidade e complexidade frente às condições e ambientes de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes de trabalho para atenção à saúde.

Atualmente, há maior espaço social e cultural para a manifestação dos trabalhadores com DORT e outros quadros de queixas subjetivas de difícil visualização física. A própria ideia de saúde, bem-estar e qualidade de vida vem mudando com o tempo, exigindo da sociedade respostas frente a esse problema.

Vale ressaltar que o adoecimento possui forte relação tanto com a sociedade como com suas características individuais, que representam uma intensa influência do meio, ou seja, o nível de tolerância à dor, considerado característica individual, depende muito do meio cultural em que o trabalhador encontra-se inserido.

## **2.4 Aspectos legais**

O reconhecimento do papel do trabalho como determinante e a evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores apresentam implicações éticas, legais e técnicas, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento populacional, na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001c).

Entre a metade dos anos 70 e anos 90, em resposta institucional a diversos movimentos sociais, confluíram-se a reivindicação de que a Saúde do Trabalhador fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública. Entre os principais movimentos, que contribuíram para o desenvolvimento da institucionalização da Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, podemos citar (BRASIL, 2005b):

- O movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80;
- O movimento da Reforma Sanitária Brasileira;
- O movimento pelas Eleições Diretas e pela Assembleia Nacional Constituinte;
- A promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito à saúde e o advento do SUS.

Com a implantação do SUS, ficam definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização, a participação comunitária, por meio do controle social, e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, trazendo um grande desafio para a Saúde Coletiva, que é o de reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS.

Atualmente, a responsabilidade pelas ações, nas áreas de segurança e saúde dos trabalhadores, está fragmentada em três setores de governo: Trabalho,

Saúde e Previdência Social. Sendo assim, torna-se necessária uma atuação, de forma transversal, pela integração das áreas afins (BRASIL, 2005a).

Dessa maneira, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS e, devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intrasetorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo setores relacionados com a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar (saúde, engenharia, ciências humanas), com a participação pró-ativa do trabalhador (BRASIL, 2005a).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), em seu capítulo I, artigo 6º, parágrafo 3º, define a saúde dos trabalhadores como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990).<sup>1</sup>

Essa lei confere à direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador e relaciona as atividades de vigilância, de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, bem como de reabilitação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho, que devem ser desencadeadas no âmbito do SUS, conforme o Quadro 3 (BRASIL, 1990).

---

<sup>1</sup> BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.18055. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>.

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver estudos que permitam estabelecer diagnósticos de saúde nos ambientes de trabalho e definir estratégias de intervenção.</li> </ul>                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e controlar os riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalizar e fiscalizar as condições de trabalho relativas a substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentam risco à saúde dos trabalhadores.</li> </ul>      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o impacto de novas tecnologias sobre a saúde.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a informação aos trabalhadores, entidades sindicais e empresas sobre os riscos e os resultados decorrentes da fiscalização e das avaliações ambientais.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar a assistência médica aos trabalhadores acidentados e com doenças decorrentes do trabalho.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder à revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho.</li> </ul>  |

**Quadro 3. Atividades e Ações em Saúde do Trabalhador de Responsabilidade do SUS, de Acordo com a Lei Orgânica da Saúde**

**Fonte: Brasil (1990)**

No campo da prevenção, deu-se um passo importante com a publicação, em 1990, pelo Ministério do Trabalho, da Norma Regulamentadora - NR 17 – Ergonomia, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, proporcionando-lhes um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (DELIBERATO, 2002).

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria n. 1.125, de 6 de julho de 2005 (BRASIL, 2005c), compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2006b).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), regulamentada pela Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que reúne atualmente 180 centros habilitados no Ministério

da Saúde, além de uma rede de 1.000 serviços sentinela, de média e alta complexidade, capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2006b).

A RENAST conta com estímulo financeiro do Ministério da Saúde e parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo país, focalizados, principalmente, na atenção integral à saúde dos trabalhadores, sendo os DORT considerados como uma das prioridades desses centros de referência. A política inclui assistência às vítimas de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, na atenção básica e de média e alta complexidade de saúde; promoção de ambientes saudáveis; vigilância dos locais de trabalho; desenvolvimento de estudos e pesquisas na área e estruturação de uma rede de informações sobre a saúde do trabalhador (BRASIL, 2006b). Mas é necessário haver políticas, programas e ações conjuntas entre os setores da Saúde, Trabalho e Previdência Social (SÃO PAULO, 2006).

Esses serviços, que integram a RENAST, são unidades especializadas que vão dar suporte técnico às ações na saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção do SUS. O Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT), de Juiz de Fora, é uma dessas unidades especializadas da RENAST, projetado como um dos primeiros municípios a ser contemplado pela RENAST, como centro de referência em saúde para o município e macrorregião de abrangência. O setor atua na organização e prestação da assistência ao trabalhador, com procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde do SUS. O serviço garante o acolhimento, o vínculo e a continuidade da atenção nos diversos níveis de complexidade. Entre as competências também estão o desenvolvimento de ações integradas com outros setores e instituições, como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, e a execução de ações educativas de capacitação em toda a rede do SUS. A Secretaria de Saúde, através do DSAT, traça as políticas públicas municipais de saúde para a melhoria das condições de trabalho e de cuidados ao trabalhador. Em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) promove diversos estudos e ações voltadas à Saúde do Trabalhador.

Sendo o trabalho considerado como um fator determinante da saúde, este tem sido amplamente estudado e discutido nos últimos anos, mas as ações em

Saúde do Trabalhador, tal como prevê o arcabouço jurídico do SUS, têm sido desenvolvidas apenas por alguns estados e municípios, de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde, no âmbito nacional (BRASIL, 2005a).

Percebemos que as informações sobre os DORT são cada vez mais de “domínio público” com ampla difusão na imprensa sindical e empresarial, facilitando a percepção dos trabalhadores sobre determinados sintomas que, em outros tempos, passariam despercebidos, alertando-os para a procura da assistência mais precoce.

Mas, ainda há muito para se fazer, tanto no campo da divulgação como na ampliação de espaço para que o trabalhador, de posse dessas informações, procure meios preventivos eficazes.

Para melhorar a relação do homem com o meio ambiente é preciso uma busca constante de novas e melhores formas de prevenir, diagnosticar, controlar e tratar as doenças. As pesquisas realizadas na área da saúde têm como finalidade entender as doenças, os processos pelos quais passam as pessoas e o porquê de uma doença acontecer com certas pessoas, enquanto com outras não, que muitas vezes apresentam a mesma história ocupacional.

Na opinião de Wünsch Filho (2004), a adoção de uma política em saúde do trabalhador, que possa nortear as ações dos diferentes níveis governamentais, deverá ter influência substancial para o desenvolvimento da sociedade, melhorando a qualidade de vida das pessoas. Essas ações devem ser suficientemente flexíveis para fazer frente à dinâmica do capital e às constantes transformações que se processam no mundo do trabalho.

### 3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL E FISIOTERAPIA: BASES CONCEITUAIS

Nos últimos anos, o conceito de representação social (RS) tem aparecido com frequência em trabalhos de diversas áreas, o que nos leva, muitas vezes, à indagação sobre o que será, afinal, isso de que tanto se fala. Em Saúde Coletiva, especificamente na psicologia social, este conceito tem sido utilizado como referencial teórico-metodológico no que se refere à compreensão da realidade, integrando aspectos explícitos e implícitos do comportamento dos indivíduos (SILVA et. al., 2007).

Diante da evolução acadêmica, científica e social da Fisioterapia, o aprofundamento de conhecimentos científicos em áreas da assistência fisioterapêutica, como a saúde do trabalhador, leva-nos à compreensão do binômio saúde-doença como um fenômeno multicausal e interdependente na relação do indivíduo com o mundo (SILVA et. al., 2007).

Reconhecidas pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego e consideradas doenças vinculadas ao trabalho, partimos do pressuposto de que, na base da problemática “DORT – Fisioterapia”, encontramos um elo entre saúde-trabalho. Isso acontece não só pelas demandas, que hoje se instalam no segmento judiciário, relacionadas aos DORT, como também pelo papel do fisioterapeuta que tem atuado como colaborador da Justiça do Trabalho, pela relação direta do saber-fazer deste profissional (BAÚ; KLEIN, 2009; CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2008).

Acreditamos que o estudo das RS dos trabalhadores com DORT sobre essas formas de adoecimento poderá contribuir na prática clínica, fornecendo e facilitando um campo fértil para a aquisição de conhecimento, interpretação e reflexão de diferentes olhares, valores, interesses, posições e práticas que circulam entre a saúde dos trabalhadores. O conhecimento técnico-científico do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente, na busca de novas estratégias de intervenção mais eficazes, facilitando a solução de problemas e sistematizando a aquisição de novos conhecimentos neste campo.

Como vários outros conceitos que surgem numa área e ganham uma teoria em outra, embora oriunda da sociologia de Durkheim, é na psicologia social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici e

aprofundada por Denise Jodelet. Essa teorização passa a servir de ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática, o meio ambiente e “faz escola”, apresentando, inclusive, propostas teóricas diversificadas (ARRUDA, 2002).

Empregado na elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico, Durkheim (1989) argumentou que esses fenômenos coletivos não podem ser explicados em termos de indivíduo, pois ele não pode inventar uma língua ou uma religião. Esses fenômenos são produto de uma comunidade ou de um povo. A separação entre o indivíduo e o social não é um processo exclusivo da psicologia. Durkheim, ao propor tal divisão, procurava dar conta de um todo, mas se fundamentava em uma concepção de que as regras que comandam a vida individual (representações individuais) não são as mesmas que regem a vida coletiva (representações coletivas).

Farr (1997) destaca que o conceito de Durkheim era mais apropriado para um contexto de sociedades menos complexas. Para ele, “os primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo e de si mesmo são de origem religiosa” (DURKHEIM, 1998, p.154), o que na opinião de Minayo (1997, p.90) “traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que o afetam”. Por outro lado, a concepção de Moscovici se volta para as sociedades modernas, caracterizadas por seu pluralismo e rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Assim, o conceito de Moscovici adquiriu uma flexibilidade mais relevante do que o de Durkheim por demonstrar uma influência recíproca da estrutura social e do sujeito (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Ao comprovar que uma teoria científica pode estar mais próxima dos indivíduos do que se imagina, surge, do olhar psicossocial, lançado por Moscovici em 1961, o conceito de Representação Social. Na sequência, apresentou sua teoria, denominada “Teoria da Representação Social” (TRS), na qual define RS como (MOSCOVICI, 1978, p.28): “[...] um corpus organizado de conhecimento e uma das atividades psíquicas graças a qual os homens tornam inteligível a realidade física e social, insere-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação.”

O pesquisador pressupõe o potencial de uma abordagem científica em transformar a existência humana, não só no que tange às consequências objetivas de sua aplicabilidade ou influências que exerce sobre outra teoria, mas,

principalmente, pela apropriação que os indivíduos dela fazem, transportando-a para o universo das relações sociais, dentro do qual passa a fazer parte integrante das falas, gestos, costumes, emoções e pensamentos de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, da coletividade (SHIMIZU; MENIN, 2004).

Para o autor (MOSCOVICI, 1978), uma representação é social na medida em que contribui para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais coletivas. Referências às quais Abric (1998) faz eco, destacando a importância da função das RS, particularmente útil para a interpretação, análise, compreensão e intervenção sobre os grandes problemas sociais atuais.

Jodelet (2001, p.22), lançando mão de um conceito bastante aceito pela comunidade científica, apresenta RS como sendo: “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.”

Como a representação é partilhada por um grupo de indivíduos, a comunicação entre eles é facilitada. Consequentemente, as formas de conhecimento se manifestam como elementos cognitivos, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de um senso comum (SILVA et. al., 2007).

Considerada como divulgadora e explanadora da teoria moscoviana, Jodelet explica e propõe a TRS como alternativa teórica às análises sobre fatos sociais nas mais diversas áreas de aplicação (PAREDES, 2006).

De acordo com o referencial teórico utilizado no presente estudo, a expectativa é de que o conhecimento dos conteúdos, das estruturas e dos processos de construção das representações sociais dos trabalhadores, acerca do tema pesquisado, permita identificar não apenas as diferenças de representações que se supõe existirem sobre a assistência fisioterapêutica dos trabalhadores com DORT, mas as ideias e os valores referentes a esses, que possam ser comuns aos trabalhadores. E que, num jogo de interações entre eles, possam estar definindo novos posicionamentos, orientando condutas e práticas sociais, contribuindo para a construção e reconstrução da realidade vivida pelos trabalhadores.

A escolha dessa teoria deve-se ao fato da mesma proporcionar a compreensão da construção de um conhecimento do senso comum, de forma coletiva, como produto de interações e dos fenômenos de comunicação que ocorrem

nas sociedades e no interior de um grupo, que Moscovici (1978) nomeia de grupo de pertença.

Garbin, Neves e Batista (1998) argumentam que os DORT – como as outras doenças – são construções sociais, isto é, os significados atribuídos são oriundos dos processos sociais de construção de sentido. Não se conhece sua natureza de imediato, assim, tanto os profissionais de saúde quanto o senso comum constroem teorias e representações com o intuito de interpretar e compreender o fenômeno.

Os trabalhadores com DORT se deparam com várias dificuldades, diariamente, tais como: dor, limitações físicas, desrespeito, desconfiança por parte dos empregadores, humilhação e menosprezo observados na relação com médicos peritos do INSS, incompreensão da família, perda da capacidade laboral, dentre outras situações, de acordo com os apontamentos de Garbin, Neves e Batista (1998).

Sendo assim, é imprescindível a compreensão do significado global desse processo saúde-doença, considerando as condições sociais e culturais desses trabalhadores, já que a doença desencadeia, veementemente, a interferência dos padrões de visibilidade complexa e contínua da sociedade.

Acreditamos que compreender a significação da assistência fisioterapêutica nos trabalhadores com DORT, a partir das RS salientadas nas falas dos sujeitos, significa avançarmos com olhares mais abrangentes, além dos limites que o problema aparenta impor, situando-a no seu contexto social.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Analisar as representações sociais sobre a assistência fisioterapêutica entre os trabalhadores com DORT na cidade de Juiz de Fora, MG, e macrorregião.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a história social, clínica e ocupacional dos trabalhadores, assinalando o acesso, a efetividade e a trajetória da assistência fisioterapêutica;
- Identificar as representações sociais da saúde e da doença, junto aos trabalhadores com DORT;
- Analisar as representações sociais da assistência fisioterapêutica;
- Analisar o acesso aos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores portadores desse agravo à saúde.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 População de estudo

O presente estudo foi realizado em um grupo de trabalhadores afastados, usuários do SUS, inseridos no Programa de Reabilitação Física do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), através do Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT), Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Secretaria de Saúde (SS) do município de Juiz de Fora, MG. Este serviço caracteriza-se por atender um elevado número de trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou que sofreram algum tipo de acidente de trabalho e por desenvolver um programa especial de atendimento e assistência específica para esses trabalhadores.

De acordo com os registros consultados do CEREST/DSAT, encontramos um número de 1.800 trabalhadores cadastrados no Programa de Reabilitação Física, entre acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. Porém o número de trabalhadores atualmente frequentes é em média 300 por mês, calculado a partir dos dados encontrados no período de 12 meses. A maioria deles se encontra em afastamento ou desempregados, tendo sua doença comunicada ao INSS, através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Os trabalhadores são encaminhados ao CEREST/DSAT através dos profissionais de saúde (público e privado), Sindicatos, Ministério do Trabalho, Justiça do Trabalho, INSS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), empresas, outras instituições e demanda espontânea.

O atendimento realizado aos usuários referenciados pelas UBS, assim como o daqueles provenientes de outras demandas, segue um fluxo geral (VELOSO e SILVA, 2007) que se inicia, após o atendimento na recepção, pela consulta no setor de “Orientação”. Neste primeiro contato, o acolhimento individualizado é realizado por técnicos capacitados (assistente social, enfermeiro, técnico de segurança do trabalho) visando informar o usuário e também fazer uma abordagem inicial. Assim sendo, a consulta de orientação por via de regra, apresenta os seguintes componentes: coleta de informações com vistas à avaliação da suspeita de doença

ocupacional ou acidente de trabalho, solicitação de documentos e organização da história do processo saúde/doença relacionado ao trabalho, encaminhamentos internos (médicos, psicólogo, fonoaudiólogo), encaminhamentos externos (fisioterapia e outros serviços de saúde, INSS, Sindicatos, Ministério do Trabalho, Promotoria Pública, dentre outras) e orientações legais (Trabalhistas e Previdenciárias) (POÇO, 2008).

A consulta médica no CEREST/DSAT visa, inicialmente, confirmar a existência de relação entre o agravo e o trabalho, através da investigação diagnóstica e do ambiente de trabalho. As informações obtidas na anamnese clínica e ocupacional, no exame físico, na análise dos exames complementares, demais documentos e relatórios são registradas em formulário estruturado e detalhado. Cópias de todos os exames e documentos ficam arquivadas junto aos prontuários individuais. Quando confirmado onexo ocupacional, é solicitada à empresa a emissão de CAT e também é feita a notificação ao SINAN e lançamento no sistema de informação próprio. O médico avalia também a necessidade de afastamento do trabalho e do encaminhamento para avaliação pericial previdenciária. Sucedem-se consultas com o objetivo de acompanhar o tratamento e controle da doença diagnosticada (POÇO, 2008).

Para inserção no Programa de Reabilitação Física do CEREST/DSAT, esses trabalhadores devem ter uma renda mensal de até três salários mínimos, não havendo a obrigatoriedade de se ter algum vínculo empregatício, podendo ser autônomo, formal ou informal. Ao serem inseridos, os trabalhadores recebem orientações dentro de uma trajetória de intervenções realizadas por uma equipe interdisciplinar do CEREST/DSAT composta por assistentes sociais, médicos e psicólogos. Ao serem encaminhados para os serviços de assistência fisioterapêutica, os trabalhadores recebem, mensalmente, programas de orientação e vales-transporte ao serem encaminhados às clínicas conveniadas com o SUS. Na equipe de saúde do CEREST/DSAT não consta nenhum profissional fisioterapeuta.

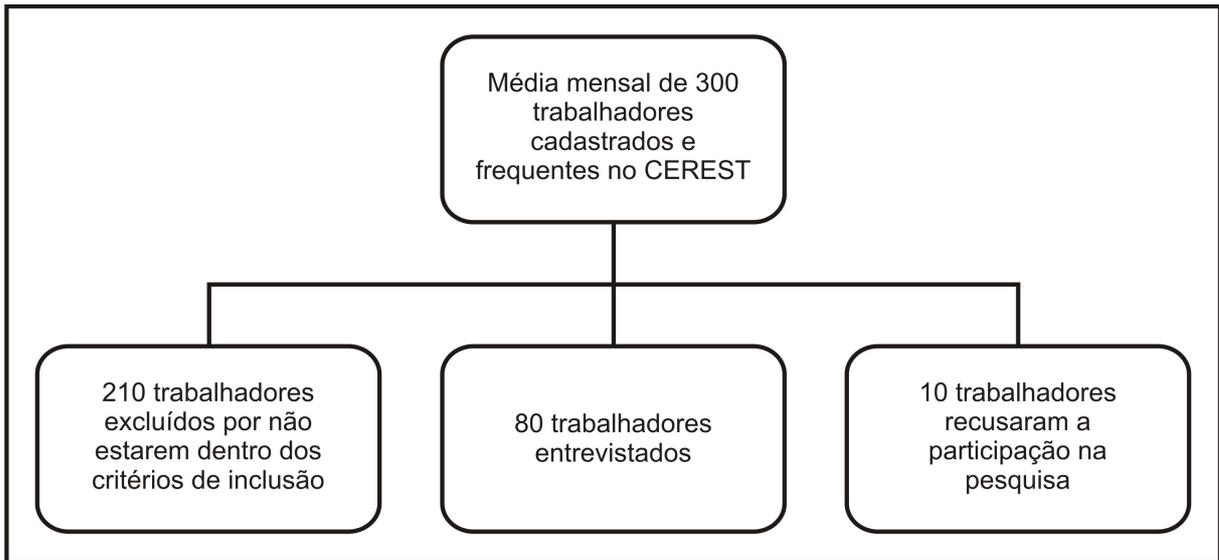
Os usuários em que não se confirmou a suspeita de doença ocupacional e aqueles em que a investigação confirmou agravos relacionados ao trabalho cujo tratamento ou controle pode ser realizado ou supervisionado pelos técnicos da Atenção Básica, desde que não tenham pendências trabalhistas ou previdenciárias em que o CEREST/DSAT possa atuar são desconcentrados (contra referenciados). Este impresso de contra-referência é preenchido pelo médico do CEREST/DSAT e

encaminhado, à UBS de origem do paciente, onde é anexado ao seu prontuário. O usuário recebe, pelo serviço de orientação, por ocasião da última consulta no DSAT, um impresso com “orientações ao usuário”, referentes ao acompanhamento clínico na UBS, marcação de consultas com especialistas, encaminhamento à fisioterapia, acesso ao serviço de orientação do CEREST/DSAT e programa de vale-transporte para fisioterapia. Os usuários contra-referenciados, ou “desconcentrados”, só poderão marcar nova consulta no CEREST/DSAT mediante encaminhamento feito pelo médico da UBS de referência (POÇO, 2008).

Nesse contexto, foi selecionado para o estudo um grupo de 80 trabalhadores, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 55 anos, com nexo ocupacional de DORT, cadastrados e frequentes no Programa de Reabilitação Física do CEREST, desde o ano de 2006, que se encontravam em tratamento fisioterapêutico e ainda frequentes no momento da pesquisa. Essa população pode ser nomeada como grupo de pertença no presente estudo, de acordo com Moscovici (1978).

O tamanho do grupo foi representado de acordo com o número de trabalhadores afastados no momento da pesquisa, frequentes no CEREST/DSAT, segundo os critérios de inclusão supracitados.

Na primeira etapa, participaram do presente estudo 80 trabalhadores e 10 trabalhadores recusaram a participação, conforme Organograma apresentado (Figura 1).



**Figura 1. Organograma representativo da seleção dos sujeitos da pesquisa**

Os trabalhadores receberam, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e o devolveram assinados em um prazo pré-determinado. Caso fosse necessário, a pesquisadora se comprometeu a esclarecer as possíveis dúvidas da pesquisa em questão aos trabalhadores, antes do início da coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram: trabalhadores incapazes de responder por patologias e/ou sequelas neurológicas, neuromusculares associadas; trabalhadores em afastamento caracterizados como acidente de trabalho.

Com relação à história do trabalho atual, as ocupações foram catalogadas de acordo com os 21 itens de ocupação principal utilizada pela Receita Federal apud Fúria (2006); posteriormente, foram reagrupadas conforme o Quadro 4.

| <b>Superior/<br/>gerência</b>                         | <b>Técnico<br/>administrativo</b>            | <b>Comércio</b>                         | <b>Braçal</b>   | <b>Do lar</b>                |
|---|--|---|---|------------------------------|
| Dirigente Superior Administração Pública              | Técnico Construção Civil                     | Atendimento Público, Caixa, Despachante | Reparo e Manutenção   | Serviços Domésticos em Geral |
| Dirigente Industrial                                  | Técnico Informática                          | Representante Comercial e afins         | Serviços Hotelaria e Alimentação                              |                              |
| Gerente Industrial, Comércio ou Prestação de Serviços | Técnico Ensino Médio                         | Vendedor e Prestador de Serviços        | Serviços de Administração, Conservação, Manutenção Edifícios  |                              |
| Engenheiro, Arquiteto e afins                         | Técnico Ciências Contábeis e Administrativas | Ambulante e Caixeiro-Viajante           | Serviços de Proteção e Segurança                              |                              |
| Veterinário   | Bancário, Economiário e Secretário           |   | Motorista e Condutor Transporte                               |                              |
| Odontólogo  |  |   | Serviços Diversos   |                              |
| Advogado  |  |   | Exploração Agropecuária                                       |                              |
| Economista, Administrador e Contador                  |  |   | Indústria Extrativa e da Construção Civil                     |                              |
| Publicitário  |  |   | Indústrias Têxtil, Curtimento, Vestuário e das Artes Gráficas |                              |
| Assistente Social                                     |  |   | Indústrias de Madeira e do Imobiliário                        |                              |
| Jornalista Repórter                                   |  |   | Indústrias petroquímica, Química, Plástico, Borracha e afins  |                              |
| Cantor, Compositor                                    |  |   | Instalações Máquinas de Fabricação de Celulose e Papel        |                              |
| Desenhista, Escultor                                  |  |   |   |                              |
| Professor   |  |   |   |                              |
| Polícia Militar                                       |  |   |   |                              |

**Quadro 4. Reagrupamento profissional**

Fonte: Fúria (2006)

## 5.2 Método

Ouvir o trabalhador falando do seu ofício, de suas impressões, sentimentos e perdas relacionadas ao trabalho, de como seu corpo reage perante esses fatores determinantes, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença. Esta é uma tradução prática, recomendada em 1700 pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, que deveria ser aplicada por todos os profissionais de saúde a seus pacientes: qual é a sua profissão? (BRASIL, 2001b).

Nessa perspectiva, o conhecimento do senso comum e a inserção social nas relações que vão definir a assistência fisioterapêutica entre os trabalhadores com DORT, pontuam-se, a partir da interação dos diferentes trabalhadores envolvidos, em situações concretas.

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, buscando conhecer aspectos particulares e trabalhar com o universo dos significados, valores e atitudes, que compreendem o espaço das relações e fenômenos (MINAYO, 2004).

Portanto, para a coleta e tratamento dos dados optamos por uma abordagem pluri-metodológica, que teve como ótica atender aos objetivos propostos no presente estudo, realizados em duas etapas.

### 5.2.1 Primeira etapa

Inicialmente, foi realizada uma pré-análise quantitativa em um primeiro grupo, formado por 80 trabalhadores. Esta foi alcançada através da aplicação de um questionário, compondo os respectivos blocos de: identificação, história social, história do trabalho atual, história da doença atual, avaliação clínica (história clínica, história familiar), questões relacionadas à assistência fisioterapêutica e aos DORT, ligado ao jogo de associação livre de palavras, no intuito de identificar e conhecer o perfil dos trabalhadores estudados (Apêndice B).

O questionário elaborado foi baseado no questionário aplicado por Caetano (2006) e no Roteiro de Investigação para Abordagem Ergonômica das Doenças Músculo-Esqueléticas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b). Ele foi aplicado de

forma individual, a partir da adesão espontânea dos trabalhadores selecionados, no CEREST/DSAT, e analisado com o apoio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 8.0.

### *5.2.2 Segunda etapa*

Como referencial teórico para a abordagem qualitativa, utilizamos a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978).

Segundo Turato (2003), a amostragem deve ser intencionada pela busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e/ou têm conhecimento sobre ele. O número de entrevistas encerrou quando as informações alcançadas foram consideradas suficientes e atingiram a chamada saturação, ou exaustão, ou ponto de redundância (MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Para verificarmos a RS da assistência fisioterapêutica junto aos trabalhadores com DORT, foram selecionados 12 trabalhadores do primeiro grupo, formando um subgrupo. O número de entrevistados foi capaz de refletir a totalidade, nas suas múltiplas dimensões, considerando um número suficiente que nos permitiu certa reincidência das informações, não desprezando informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta (MINAYO, 2004).

Realizamos a coleta de dados através de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice C), que aliava a condução da abordagem à liberdade do trabalhador entrevistado em expor seus pensamentos, valorizando a presença do pesquisador, garantindo espontaneidade nas falas, sendo este um fator enriquecedor em análises qualitativas. Novas perguntas puderam ser incorporadas, quando da necessidade de aprofundar determinado assunto ou de reajustar uma linha de pensamento, desviada ou perdida aleatoriamente, residindo a vantagem da abordagem qualitativa, não estando o pesquisador preso a pré-julgamentos e, sim, livre para reformular questões irrelevantes ou sem sentido.

As entrevistas foram realizadas de forma individual a cada trabalhador participante e registradas por intermédio de um micro gravador, com fitas magnéticas de 60 minutos cada. Este procedimento permite, na íntegra, contar com

todo material fornecido pelo trabalhador entrevistado, constituindo dados valiosos na construção do objeto pesquisado.

Os trabalhadores participantes da pesquisa foram caracterizados de maneira que o anonimato permanecesse preservado. Dessa maneira, foram ordenados por suas iniciais, pela identificação sexual, idade, profissão, renda atual e situação ocupacional (Apêndice D).

Serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável por cinco anos os dados da pesquisa, bem como todos os documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Quando ao término deste período, todo o material será incinerado.

Toda a metodologia foi desenvolvida obedecendo aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi analisado e aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer nº 326/2007, Protocolo nº 1213.259.2007 (Anexo A).

### **5.3 Estratégias de análises de dados**

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e digitalizadas em arquivos do Word e, posteriormente, analisadas. Buscamos a princípio observar os aspectos abordados pelos trabalhadores, identificando as reincidências das informações e agrupando os temas sugeridos.

A análise das entrevistas foi realizada com base em unidades temáticas ou temas, com ênfase no conteúdo das falas dos trabalhadores entrevistados, influenciado por motivos particulares, como trajetória de vida, sofrimento, angústia, dor, insatisfação e satisfação, dentre outros, entendidos como unidade temática que se mostra, claramente, a partir de um texto analisado.

Seguimos, como referência, as três etapas cronológicas sugeridas por Bardin (1977), para a organização da análise:

- A pré-análise: consiste na organização do material com objetivo de delimitar o corpus da investigação;
- A descrição analítica: consiste na codificação, classificação e categorização dos temas;

- A interpretação inferencial: consiste na sustentação científica das informações colhidas.

Uma vez categorizadas as falas dos trabalhadores entrevistados, mediante os objetivos propostos, foram feitas as inferências necessárias com base na literatura científica, contribuindo para o objeto pretendido no presente estudo.

Procuramos reproduzir a fala individual dos trabalhadores entrevistados na íntegra, fazendo apenas as correções gramaticais necessárias, sem, contudo, modificar o sentido real expressado.

#### **5.4 Aspectos éticos**

O projeto incorpora os aspectos éticos recomendados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, incluindo, entre outros, a obtenção do TCLE (Apêndice A) dos trabalhadores e não apresenta atividades que possam levar danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual destas pessoas. Propõe, também, a dar amplo retorno à sociedade dos resultados coletivos, oriundos da pesquisa.

Análise Crítica dos Riscos e Benefícios: os danos causados pelos diferentes processos de trabalho sobre a saúde dos indivíduos são temas de preocupação da sociedade, já de longa data. O percentual de trabalhadores, envolvidos nos diferentes processos produtivos, tem aumentado no mundo, apesar das ações, em contrário, desenvolvidas. Muitos são os estudos já realizados que apontam para efeitos nocivos dos diferentes processos produtivos sobre a saúde deste grupo populacional específico, no seu aspecto biopsicosocial, pela ocorrência de agravos de forma mais precoce e/ou com maior gravidade.

O presente estudo não só permitirá, a nível individual, caracterizar a história ocupacional dos indivíduos e verificar a eficácia das estratégias utilizadas na assistência fisioterapêutica, a partir do relato dos trabalhadores, como também, a nível coletivo, destacar a representação social da assistência fisioterapêutica nos trabalhadores com DORT, possibilitando chamadas de políticas públicas na saúde do trabalhador.

Ressaltamos a importância deste estudo com relação à proposição de orientação de medidas preventivas quanto ao uso do corpo durante as atividades de vida diária, que podem perpetuar os sintomas álgicos, manifestados sob a forma de fadiga, dor, desconforto ou desmotivação.

Propriedades das Informações Geradas: serão de uso exclusivo das pesquisadoras, para que se preserve a confidencialidade das informações.

O Sujeito da Pesquisa: os sujeitos da pesquisa, aqui representados pelos trabalhadores, terão total esclarecimento sobre o processo investigatório.

Responsabilidades: a pesquisadora principal será responsável pela coordenação, realização, integridade e bem-estar dos trabalhadores da pesquisa. As Instituições são públicas e habilitadas para a realização de investigações científicas.

## 6 RESULTADOS<sup>2</sup>

Os resultados serão apresentados nos artigos que se seguem. As referências dos artigos encontram-se conforme as normas orientadas pelo periódico.

Artigo 1: **FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: um campo de análise da representação social.** Artigo publicado conforme carta de aceite no “Cadernos de Saúde Coletiva”, Rio de Janeiro, 17(2):453-464,2009. “Qualis B4”, ISSN 1414-462X (Anexo B).

Artigo 2: **PERFIL DOS PACIENTES E CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO AOS TRABALHADORES COM LER/DORT EM JUIZ DE FORA-MG.** Artigo publicado conforme carta de aceite na “Revista Fisioterapia em Movimento”, Curitiba, 23 (3): 451-60 julho/ setembro 2010. “Qualis B5”, ISSN 01035150 (Anexo C).

Artigo 3: **O LUGAR OCUPADO PELA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA: representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.** Artigo reapresentado à revista “Ciência e Saúde Coletiva”, “Qualis B3”, ISSN 1413-8123 (Anexo D).

Artigo 4: **PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT.** Artigo submetido à “Interface”, “Qualis B4” ISSN 1414-3283 (Anexo E).

---

<sup>2</sup> A apresentação dos artigos que se seguem encontra-se conforme as normas orientadas pelos periódicos a que foram submetidos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação do conhecimento técnico-científico com o saber popular pode contribuir de forma substancial para a adoção de estratégias e medidas mais eficazes no processo de reabilitação, sobretudo na saúde do trabalhador.

No presente estudo, foi notório o predomínio de casos de DORT no sexo feminino e em classes econômicas menos favorecidas, o que nos chama atenção para uma abordagem ampliada e contextualizada desses trabalhadores. A visão estritamente fisiopatológica, baseada no modelo unidirecional e curativista, não mostra resultados satisfatórios e eficazes. Este fato implica na falta de resolutividade dos quadros álgicos, favorecendo períodos extensos de tratamento fisioterapêutico, sobrecarga dos serviços públicos de saúde e repercussões no âmbito emocional e socioeconômico desses trabalhadores.

Os resultados do presente estudo indicam que as mulheres trabalhadoras representam a saúde como valores fundamentais de suas vidas, assim como a ausência de doença. Para essas trabalhadoras, o adoecimento e a incapacidade laboral representam uma lacuna dolorosa e a destruição dos projetos de vida.

Não obstante, a doença foi representada pela incapacidade e limitações que repercutem no desenvolvimento de atividades de vida diária e da própria vida social, comprometidas em função da dor e agravadas pela perda dos movimentos, comumente vivenciadas pelos sentimentos de impotência e degradação das condições de vida e trabalho.

É imperativa a transformação das práticas hegemônicas baseadas em modelo biomédico e curativista por outras que priorizem a visão holística e integrada do trabalhador portador de DORT, objetivando assim a garantia do bem-estar e da qualidade de vida desses indivíduos.

Adicionalmente, torna-se necessário ajustar o processo de formação de fisioterapeutas, em consonância com os princípios do SUS, para que a percepção dos impactos e dos efeitos adversos de determinados ambientes de trabalho possa ser ampliada. Não somente sobre o aparato musculoesquelético, mas também sobre as demandas pessoais e sociais, através de uma intervenção humanizada, particularmente pensada em função das características individuais do trabalhador

com DORT, sobre suas expressões subjetivas, expectativas e experiências pregressas da doença.

Destacamos a importância das implicações fisiopatológicas, mas é preciso enfatizar que o reconhecimento dos aspectos subjetivos não coincide com os aspectos objetivos da doença. Isso é decorrente do número cada vez mais frequente de trabalhadores que apresentam lesões com envolvimento ocupacional.

Em virtude da multifatorialidade e complexidade dos DORT, emerge a necessidade de equipes interdisciplinares aptas e devidamente qualificadas para atender esses trabalhadores. Dentro dessa perspectiva, a contribuição do fisioterapeuta pode ser elemento importante para a consolidação desse construto, desde que sua prática seja permeada pelos princípios da integralidade e equidade.

Configurados como síndromes complexas, vistos de maneira fragmentada dentro de uma concepção mecanicista do organismo humano e caracterizados por seus sintomas subjetivos e pela ausência de sinais clínicos objetivos, os DORT representam, na íntegra, do ponto de vista da saúde pública, um grave problema que emana atenção e medidas de caráter emergencial.

Essas questões podem estar relacionadas pela constatação de que as políticas públicas encontram-se cada vez menos eficientes, não proporcionando um atendimento efetivo à população. Tais práticas assistenciais encontram-se desarticuladas com os princípios e diretrizes que norteiam o SUS, contrapondo-se a políticas de promoção da saúde e humanização, violando o direito à saúde.

Diante do exposto, sustenta-se uma clara defesa em considerarmos a necessidade da prevenção dos problemas de saúde, através de uma atenção humanizada, integral e equânime com responsabilização, vínculo e, sobretudo, o replanejamento dos processos de organização do trabalho.

Para tal torna-se necessário enfatizar a promoção de políticas que integrem os ministérios da Saúde, Trabalho e Educação com o intuito de reforçar o desenvolvimento da integralidade, para que seja ampliado o olhar sobre a organização dos serviços assistências prestado e do processo de organização do trabalho.

Os resultados aqui apresentados sugerem que a assistência a esse grupo de usuários precisa superar a desarticulação da prática assistencial do sistema público de saúde, o que aponta para implicações imediatas de reestruturação, para

uma assistência efetiva à saúde, se assim se deseja, de fato, assegurar a implementação do direito à saúde dessa classe trabalhadora.

Ainda resta muito a ser estudado e pesquisado acerca desses trabalhadores adoecidos. Podemos afirmar que esses acometimentos já são considerados epidêmicos, de extrema relevância de saúde pública e que exigem a atenção de profissionais de vários campos de trabalho.

Reforçamos a importância de pesquisas com enfoque interdisciplinar, que possibilitem encontrar meios para auxiliar esses trabalhadores com intuito de aproximar as diversas áreas de atuação, bem como os estudos voltados para o tratamento fisioterapêutico que possam avaliar as formas e meios de atuação mais eficazes.

Compreender o indivíduo, de forma ampliada e integral, dentro do seu contexto social, é uma necessidade vigente entre os profissionais de saúde, com destaque para os fisioterapeutas que atuam, diretamente, na funcionalidade do indivíduo dentro do âmbito social. É imprescindível a realização de novos estudos que possibilitem uma melhor compreensão e aprofundamento teórico e prático da relação entre a atuação do fisioterapeuta e as representações sociais aí envolvidas.

Acreditamos que as representações sociais podem ser consideradas um elo para a construção do conhecimento, por facilitarem a comunicação e a compreensão entre um grupo de indivíduos. Elas exteriorizam suas próprias crenças sobre seus corpos e as condições de saúde que experimentam. A aquisição desses conhecimentos constitui subsídios para avanços na adoção de políticas e ações em saúde que contemplem o trabalhador de forma coerente e associada a sua realidade, na perspectiva de uma reintegração não somente ocupacional como também na sociedade.

Finalizamos nossas considerações reforçando a importância no sentido de compreender as teorias para transformar as práticas, por serem desafiadas cotidianamente pela prática realizada nos serviços. É compreendido que estas são influenciadas pelos contextos e realidades subjetivas das instituições e de como se organizam o processo de trabalho dos profissionais de saúde como também da realidade dos usuários envolvidos, que buscam auxílio nesses serviços visando o atendimento e a resolução das suas reais necessidades. Dessa forma verificamos no presente estudo a integração da teoria com a prática, do ensino com o serviço e da contribuição que o estudo poderá promover não somente para a assistência à

saúde aos trabalhadores com DORT, como também ao ensino, pesquisa e extensão norteando o processo de formação acadêmica aos futuros profissionais em fisioterapia e demais profissionais em saúde inseridos no mercado de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p.27-38.

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; AMOEDO, M.B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rev.de Saúde públ., São Paulo, v. 26, n.3, p.195-202, 1992.

ARKSEY, H. **RSI and the experts: the construction of medical knowledge**. London: UCL Press, 1998.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.117, p.127-147, nov. 2002.

ASMUS, C. I. R. F. et al. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência. Uma Revisão. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.72, n.4, p.203-208, maio/jun.1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.18055. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília: TEM/SIT, MPAS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001b. 580 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.114.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por esforços**

**repetitivos (LER):** distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 36p. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.103.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Versão pronta após sugestões. Incluídas as sugestões do Seminário Preparatório, dos AFTs e das DRTs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.125 de 06 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 jul. 2005c. Seção 1, p.49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. **Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** 2006a. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Relat%C3%B3rio%20Final%2003CNST%2024.03.06.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador:** manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2006.** Brasília: Ministério da Previdência Social, 2006c. Disponível em: <[http://www1.previdencia.gov.br/anuarios/aeat-2006/15\\_08\\_01\\_01\\_02.asp](http://www1.previdencia.gov.br/anuarios/aeat-2006/15_08_01_01_02.asp)>. Acesso em: 25 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p.76.

BAÚ, L. M.; KLEIN, A. A. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: Uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.2, p.5-6, mar./abr. 2009.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A Bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.110, p.67-104, jul. 2000.

BUCHALLA, C. M.; FARIAS, N. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.2, p.187-193, jun. 2005.

CAETANO, V. C. **Desordens no sistema músculo-esquelético em adolescentes trabalhadores da “Casa do Pequeno Jardineiro” /Juiz de Fora/MG**. 2006. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CONGRESSO NACIONAL SOBRE CONDIÇÕES E MEIO AMBIENTE DO TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO, 4.; SEMINÁRIO SOBRE CONDIÇÕES E MEIO AMBIENTE DE TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO NOS PAÍSES DO MERCOSUL, 2., 2001, Goiânia. **Anais...** Brasília: FUNDACENTRO, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução 259 de 18 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p.66.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução 351 de 13 de junho de 2008. Dispõe sobre o Reconhecimento da Fisioterapia do Trabalho como Especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 17 jun. 2008. Seção 1, p.58.

COUTO, H. A. **Doenças profissionais: guia prático de tenossinovites e outras doenças de origem ocupacional**. Belo Horizonte: Asta Médica, 1994.

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

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Brueri: Manole, 2002.

DURKHEIM, E. **Formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália.** São Paulo: Paulinas, 1989.

DURKHEIM, E. Religião e conhecimento. In: RODRIGUES, J. A. (org.). **Durkheim.** São Paulo: Ática, 1998. p.147-203.

DWYER, T. LER no setor de serviços, sucessor de doenças de trabalho industrial, precursor de doenças de uma sociedade informacional: uma perspectiva da sociologia-política. In: SZNELWAR, L. I.; ZIDAN, L. N. (Orgs.). **O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços.** São Paulo: Plêiade, 2000. p.137-148.

ECHTEMACHT, E. H. O. Alguns elementos para a reflexão sobre as relações entre saúde e trabalho no Brasil. **Revista brasileira de medicina do trabalho,** Belo Horizonte, v.2, n.2, p. 85-89, abr./jun. 2004.

ERDIL, M.; DICKERSON, O. B.; GLACKIN, E. Cumulative trauma disorders of the upper extremity. In: ZENZ, C. **Occupational Medicine.** 3.ed. St. Louis: Mosby, 1994. p.48-64.

FARR, R. M. Representações sociais: A teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais,** Petrópolis: Editora Vozes, 1997.p.31-59.

FURIA, C. L. B. **Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo:** estudo multicêntrico. 2006. 101f. Tese (Doutorado em Ciências)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GALETE, R. A. Mercado de trabalho formal dos serviços pessoais e domiciliares no Brasil. **Perspectivas contemporâneas,** Campo Mourão, v.1, n.1, p.1-31, jan./jul. 2006.

GARBIN, A. C.; NEVES, I. R.; BATISTA, R. M. Etiologia do senso comum: as Lesões por Esforços Repetitivos na visão dos portadores. **Cadernos de psicologia social do trabalho,** São Paulo, v.1, n.1, p.43-45, 1998.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de saúde pública,** Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-1214, set./out. 2002.

HADLER, N. M. Cumulative trauma disorders: an iatrogenic concept. **Journal of occupational medicine,** Chicago, v.32, n.1, p.38-41, Jan. 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL. Núcleo de Saúde do Trabalhador. **Relatório Anual do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social**. Belo Horizonte: INSS, 1995.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World employment report: employability and the global economy – how training matters**. Geneva: ILO, v.35, 1998/1999. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/gb-rep.htm>>. Acesso em: 08 out. 2006.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.p.17-44.

JUANG, R. M. M. **Um olhar interdisciplinar sobre a assertividade e a DORT em mulheres trabalhadoras**. 2008. 212f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)– Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2008.

KUORINKA, I.; FORCIER, L. **Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention**. London: Taylor & Francis; 1995. p.5-15.

LEIGH, J. et al. Global burden of disease and injury due to occupational factors. **Epidemiology**, Baltimore, v.10, n.5 p.626-631, Sep. 1999.

MATTE, T. D.; BAKER, E. L.; HONCHAR, P. A. The selection and definition of target work-related conditions for surveillance under sensor. **American journal of public health**, New York, v.79, p.21-55, Dec. 1989. Supplement.

MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira; 1998.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde do Trabalhador. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.p.383-402.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu; 2001. p.3-46.

MINAYO GOMES, C.; THEDIM, C. S. M. A construção do campo de saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.13, p.21-32,1997. Suplemento 2.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**, Petrópolis: Vozes, 1997. p.89-111.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MIRANDA, C. R. **Introdução à saúde no trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

MONTEIRO, C. A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/ NUPENS/USP, 1995.

MORFÍN, L. M. Paleoepidemiología en las poblaciones prehispánicas mesoamericanas. **Arqueología mexicana**, México, v.4, n.22, p.4-11, nov./dic. 1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NEVES, I. R. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1257-1265, jun. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9.ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Projecting OECD Health and long-term care expenditures: What are the main drivers?** Economics Department Working papers n.477, 2006. Disponível em:<<http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

PAREDES, E. C. Resenha do livro Loucuras e Representações Sociais de Denise Jodelet. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2725-2727, 2006.

PASTORE, C. **A Dimensão Econômica dos Acidentes e Doenças do Trabalho**. Brasília: SESI, 1999. 9 p. (mimeo)

PINHEIRO, T. M. M.; MARTINS JÚNIOR, J. S.; MARINHO, C. C. O ADP em dados: perfil da demanda atendida em 1994. **Boletim do ADP**, [S.l.], v.2, p.6-10, 1995.

PINHEIRO, F. A, TRÓCCOLI, B. T.; PAZ, M. G. T. Preditores psicossociais de sintomas osteomusculares: a importância das relações de mediação e moderação. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.142-150, 2006.

PIVETTA, A. D. et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **Revista digital**, Buenos Aires, v.10, n.80, Enero 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd80/dort.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

POÇO, J. L. C. **O processo de desconcentração na atenção em saúde do trabalhador: a experiência do CEREST de Juiz de Fora/MG**. 2008. 45f. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalhador)– Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RAGASSON, C. A. P. **Qualidade no trabalho**: estudo das condições de trabalho. Cascavel: Coluna do Saber, 2004. p.56-70.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.

REGIS FILHO, G.; MICHELS, G.; SELL, I. **LERs**: lesões por esforços repetitivos em cirurgiões-dentistas: aspectos epidemiológicos, biomecânicos e clínicos. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. 280p.

REIS, R. J, et. al. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.292-298, jun., 2000.

RIBEIRO, H. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.13, p.85-93, 1997. Suplemento 2.

RIBEIRO, H. P. **A violência oculta do trabalho**: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

ROCHA, L. E.; RIBEIRO, M. D. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.35, n.6, p.539-47, dez. 2001.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.11-24, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a02.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2007.

SANTOS FILHO, S. B. **Levantamento da Demanda Atendida no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT)**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1995.

SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO, S. M. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos (LER). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.555-563, jul./set. 1998.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria Geral Parlamentar. Departamento Parlamentar. Divisão Técnica de Taquigrafia. Ata da 13ª Sessão Ordinária de 21 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial**, São Paulo, SP, 18 mar. 2006. v.116, n.52, p.11.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.147-152, jan./fev. 2001.

SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (orgs.). **L.E.R.: Lesões por Esforços Repetitivos**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.321-355.

SILVA, F.C.M.; SAMPAIO, R.F.; CABRAL, L.H.; AUGUSTO, V.G.; MANCINI, M.C. Representação social e reabilitação: considerações conceituais. In: **X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**. Contextos, territórios e diversidades. Goiânia (GO), 2007. Publicação em Anais de Congresso.

SHIMIZU, A. M.; MENIN, M. S. S. Representações sociais de lei, justiça e injustiça: uma pesquisa com jovens argentinos e brasileiros utilizando a técnica de evocação livre de palavras. **Estudos de psicologia**, Natal, v.9, n.2, p.239-247, maio/ago. 2004.

TEIGER, C. Lê travail sous cotrainte de temps. In: CASSOU, B. et al. **Les risques du travail: pour ne pas perdre sa vie à la gagner**. Paris: La Découverte, 1985.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VÉRAS, M. M. S. et al. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **Sanare**, Sobral, v.5, n.1, p. 169-173, 2004.

VELOSO, C.R.; SILVA, I. G. **Vigilância sanitária, vigilância em Saúde do Trabalhador e assistência**. 2007. 54f. Monografia (Especialização em Vigilância

Sanitária)–Faculdade de Engenharia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

VORCARO, C. M. R. **Estudo de Morbidade do Ambulatório de Saúde do Trabalhador em Contagem**. Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. Disciplina de Saúde e Trabalho. Belo Horizonte, 1995. Mimeo.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.149-156, abr. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a common language for functioning, disability and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WÜNSCH, FILHO V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, Belo Horizonte, v.2, n.2, p.103-117, abr./jun. 2004.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONFORME CAPÍTULO IV DA RESOLUÇÃO N.º. 196 DE 10 DE OUTUBRO 1996 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

#### 1ª Via – Pesquisadora

Eu, Vanusa Caiafa Caetano, fisioterapeuta, professora da Faculdade de Fisioterapia, da UFJF, situado no Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, cujo telefone de contato é (32) 3229-3843, convido você a participar no projeto **“A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”**.

Este é um projeto de pesquisa que faz parte do programa de Doutorado em Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina, da UFJF, estando sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Isabel Cristina Gonçalves Leite, professora do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da UFJF.

O objetivo deste trabalho é estudar e discutir as estratégias de acesso, eficácia e trajetória de assistência fisioterapêutica, dos trabalhadores portadores de *Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho* (DORT), do município de Juiz de Fora e macro região. Inseridos no Programa de Reabilitação Física do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), através do Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT), da Secretaria de Saúde (SS), Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. A partir do relato individual de cada um, iremos analisar e discutir a atual importância da fisioterapia e DORT na sua vida, a fim de subsidiar tomada de decisão de políticas públicas na saúde do trabalhador, para a promoção da prevenção e assistência ao tratamento fisioterapêutico nos trabalhadores portadores de DORT.

Para a realização deste estudo, vamos realizar uma entrevista individual, através de um questionário, onde perguntaremos dados como sua identificação, história do trabalho atual, história social e familiar, história da sua doença atual, se você sabe me informar o tipo de tratamento fisioterapêutico realizado, frequência semanal, o tipo de assistência fisioterapêutica que você recebe, se há melhora das suas dores com os tratamentos utilizados.

Todas as entrevistas serão realizadas no DSAT, pela Prof<sup>a</sup> Vanusa Caiafa Caetano, responsável pela pesquisa, que se compromete a não revelar os resultados de sua entrevista. Após a coleta destes dados o conjunto dos resultados, o seu e o de todos os

seus colegas serão analisados e divulgados de forma que não seja possível identificar de quem é cada entrevista.

A sua participação nesta pesquisa não oferece riscos diretos, podemos considerar apenas um risco mínimo, ou seja, compatível ao que pode ocorrer todos os dias quando saímos de casa, por exemplo.

Comprometemos também a informar a você os tipos de comportamentos que podem causar danos à sua saúde, e que, portanto não devem ser realizados por você. Temos também por finalidade, com a sua participação e aprovação, propor medidas que possa melhorar o seu desempenho nas suas atividades de vida diária.

Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Informo que você tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento e eventuais dúvidas, através do contato direto com a pesquisadora. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF), situado na Pró Reitoria de Pesquisa – Campus universitário s/n – Bairro Martelos – Juiz de Fora – MG, CEP 36036-900, fone/fax: (32) 3229-3788, e-mail: cep.ufjf@gmail.com.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. E os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão, e este será mantido sob nossa guarda por 5 anos, quando ao término deste, todo o material será incinerado.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Fisioterapia e a outra será fornecida a você.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado (a) a respeito das informações que li sobre os objetivos do estudo **“A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Nome do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Pesquisadora:

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Vanusa Caiafa Caetano

Faculdade de Fisioterapia – UFJF

RG: MG-5.117.856 (SSPMG)

Fones: (32) 3229-3843

**APÊNDICE B – Questionário elaborado baseado no questionário aplicado por Caetano (2006) e no Roteiro de Investigação para Abordagem Ergonômica das Doenças Músculo-Esqueléticas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

*Faculdade de Medicina- Programa de Pós Graduação em Saúde Brasileira*

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS TRABALHADORES COM DORT, INSERIDOS NO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA CEREST/DSAT/SS/SUS/JF**

**Projeto de Pesquisa:** “A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”.

**BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO**

Nº DO QUESTIONÁRIO: |\_|\_|\_|\_|\_|

DATA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: |\_|\_|Anos |\_|\_|Meses

SEXO: |\_|

ESCOLARIDADE: |\_|

(1) nenhuma; (2) 1ª a 4ª série; (3) 5ª a 8ª série; (4) 1º ao 3º ano; (5) ensino superior.

( ) completa; ( ) incompleta.

---

**BLOCO II: HISTÓRIA SOCIAL**

Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de pessoas na família (que moram na mesma casa): |\_|\_|

Número de cômodos na casa (incluindo cozinha e banheiro): |\_|\_|

Número de cômodos usados para dormir: |\_|\_|

Casa própria: |\_| 1- sim; 2- não                      Alugada: |\_|                      Cedida: |\_|

Renda pessoal |\_| 1- 1 S.M.\*; 2- 2 S.M.; 3- 3 .S.M.

Renda familiar |\_| 1 - 1 a 3 S.M.; 2 - &gt; 3 a 5 S.M.; 3 - &gt; 5 S.M.

(\* SM= Salário Mínimo)

**BLOCO III: HISTÓRIA DO TRABALHO ATUAL**

Qual sua função? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você trabalha (ou) nesta função? |\_|\_| anos |\_|\_| meses

Tempo de afastamento: |\_|\_| anos |\_|\_| meses

Já sofreu algum acidente do trabalho? |\_| 1 - sim; 2 – não.

Qual? \_\_\_\_\_

Com o afastamento você teve perda salarial? |\_| 1 - sim; 2 – não.

Quantas horas diárias de trabalho você realizava (ou realiza)? \_\_\_\_\_

Trabalhos adicionais além deste (bicos, serviço doméstico, etc)? |\_| 1 - sim; 2 – não.

Qual? \_\_\_\_\_

Com que idade você começou a trabalhar? |\_|\_|

#### **BLOCO IV – HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL - HDA**

Há quanto tempo você sente dor: |\_|\_| anos |\_|\_| meses

Desde o início dos sintomas, quanto tempo levou para caracterizar o seu problema como DORT?

|\_|\_| anos |\_|\_| meses

Qual o seu diagnóstico médico? \_\_\_\_\_

Você toma medicamentos analgésicos e antiinflamatórios? |\_| 1 - sim; 2 – não.

Por conta própria |\_|; Conforme orientação médica |\_|.

Qual? \_\_\_\_\_

Este problema causa limitações para as suas atividades de vida diária (AVD)?

|\_| 1 - sim; 2 – não.

#### **BLOCO V: AVALIAÇÃO CLÍNICA**

##### **HISTÓRIA CLÍNICA**

##### **– Morbidade geral**

Você tem algum outro tipo de problema de saúde? |\_| 1 - sim; 2 – não.

Qual? \_\_\_\_\_

#### **BLOCO VI: FISIOTERAPIA E DORT**

Há quanto tempo você faz fisioterapia? |\_|\_| anos |\_|\_| meses.

Antes de você ser submetido ao tratamento fisioterapêutico, você é avaliado por um fisioterapeuta?

1 - sim; 2 – não.

Você realiza o seu tratamento fisioterapêutico por um mês inteiro corrido?

1 - sim; 2 – não. Em caso negativo, responda:

Ele costuma ser interrompido?

1 - sim; 2 – não.

Por que?

não há vagas;

termina o número de sessões liberadas em menos de um mês;

excluído pelo número de faltas?

outros: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_.

Com que frequência semanal você realiza seu tratamento fisioterapêutico?

1 vez/semana

2 vezes/semana

3 vezes/semana

4 a 5 vezes/semana

Sempre na mesma clínica, hospital, ambulatório? 1 - sim; 2 – não.

O acesso que o SUS oferece na cidade de Juiz de Fora, para tratamento fisioterapêutico é suficiente? Ou seja, o acesso é efetivo no espaço público, ou você teve dificuldades?

é efetivo

tive dificuldades

Por quantos locais de atendimento fisioterapêutico você já passou?

locais       NS

público ; privado ; universitário .

Você sabe me dizer qual o tratamento fisioterapêutico é realizado em você atualmente?

1 - sim; 2 – não.

Qual (is)?

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ .

Você faz algum tipo de exercício terapêutico, durante seu atendimento fisioterapêutico?

1 - sim; 2 – não.

Em caso afirmativo, responda:  1 – com auxílio do fisioterapeuta; 2 – sem auxílio do fisioterapeuta.

Você faz algum outro tipo de tratamento concomitante ao fisioterapêutico?

1 - sim; 2 – não

Em caso afirmativo, qual?

acupuntura;  psicologia;  atividade física;  outros (especificar):  
\_\_\_\_\_).

Recomendado por algum profissional de saúde ou por contra própria?

recomendado

conta própria

Se não fosse uma cobrança da perícia médica, você interromperia o seu tratamento fisioterapêutico?

1 - sim; 2 – não.

Em caso negativo, responda por quê:

alivia;

melhora;

necessário;

outros: \_\_\_\_\_.

Em caso afirmativo, responda por quê:

não melhora;

não gosta;

é cansativo;

outros: \_\_\_\_\_.

Durante o seu tratamento você já foi orientado sobre a melhor forma de realizar suas AVD?

1 - sim; 2 – não.

Através de quem? \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_.

### **BLOCO VII: JOGO DE ASSOCIAÇÃO LIVRE**

Você conhece a técnica de associação livre de palavras?

Por exemplo, quando eu falo: CHAVE as 4 primeiras palavras que vêm a minha mente são:

porta, fechadura, prisão, cadeado.

A palavra que mais representa CHAVE é fechadura, que está marcada por um círculo.

Agora, fale para mim 4 palavras que vem a sua mente, após a leitura das palavras apresentadas abaixo. E me diga a que mais representa a palavra em sua opinião.

1. DORT: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_.

2. FISIOTERAPIA: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE C – Entrevista semi-estruturada para coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

*Faculdade de Medicina- Programa de Pós Graduação em Saúde Brasileira*

### ENTREVISTA APLICADA AOS TRABALHADORES COM DORT, INSERIDOS NO PROJETO DE REABILITAÇÃO FÍSICA CEREST/ DSAT/SS/SUS/JF

Projeto de Pesquisa: “A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: um estudo das representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”.

#### **BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO**

Nº DO QUESTIONÁRIO: |\_|\_|\_|

DATA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: |\_|\_|\_|Anos |\_|\_|\_|Meses

SEXO: |\_|\_|

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RENDA PESSOAL ATUAL: \_\_\_\_\_

#### **BLOCO II: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

##### **1- Trajetória de vida:**

- Fale-me um pouco sobre você, de onde veio, sua vida (origem familiar, migração, união, filhos, trabalho/sobrevivência).
- Além de você (ou sem ser você), alguém mais contribui com a renda familiar?

##### **2- Com relação à saúde:**

- O que é saúde para você?
- Você se considera uma pessoa saudável?

##### **3- A relação doença e trabalho:**

- Você sabe me dizer como, por que e o que causou esse seu problema (DORT)?
- Como foi o processo para seu problema ser identificado pelos médicos? Ele foi relacionado com o seu trabalho rapidamente? Caso contrário, como foi?
- Você pode me dizer o que representa para você esse seu problema?
- Você pode me dizer se esse seu problema (DORT) tem interferido no seu trabalho, na sua vida social e familiar?
- Em quais atividades tem interferido e o quanto interfere esse seu problema ocupacional?

#### **4- O Tratamento fisioterapêutico:**

- E a fisioterapia como você a considera? O que ela representa para você?
- Você sabe me dizer qual o tratamento fisioterapêutico é realizado em você atualmente?
- Você tem melhorado com ele? O que você acha desse tratamento aplicado em você?
- Você acha que falta algo a mais no tratamento fisioterapêutico que você recebe?
- Você gostaria de interromper seu tratamento fisioterapêutico? Por quê?
- Você procura seguir todas as orientações recebidas pelos profissionais de saúde para a cura e/ou controle do seu problema? Como isso acontece?
- Você tem dificuldades de seguir essas orientações? Por quê?

#### **5- Expectativas para o futuro:**

- O que você pretende fazer a partir de agora?
- Você tem sonhos, projetos? Quais?

## **APÊNDICE D – Caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa**

Os 12 trabalhadores participantes da 2ª etapa desta pesquisa foram caracterizados de maneira que o anonimato permanecesse preservado. Desta maneira, foram ordenados por suas iniciais, pela identificação sexual, idade, profissão, renda pessoal mensal, situação ocupacional.

- DRL, sexo feminino, 48 anos, cortadeira de cuecas, renda pessoal mensal de R\$464,00, afastada pelo INSS;
- JSA, sexo feminino, 41 anos, salgadeira e cozinheira, renda pessoal mensal de R\$450,00, atualmente trabalha fazendo bicos em uma lanchonete/restaurante, teve alta do INSS.
- EANL, sexo feminino, 46 anos, operadora de caixa, renda pessoal mensal de R\$840,00, afastada pelo INSS.
- AIAO, sexo feminino, 44 anos, enroladeira de papel higiênico, renda pessoal mensal de R\$469,00, afastada pelo INSS.
- EIPM, sexo feminino, 45 anos, costureira, renda pessoal mensal de R\$480,00, afastada pelo INSS.
- LMBM, sexo feminino, 41 anos, serviços gerais/motel, renda pessoal mensal de R\$518,00, afastada pelo INSS.
- MJBS, sexo feminino, 41 anos, doméstica, renda pessoal mensal de R\$465,00, aposentada há 4 anos.
- MFE, sexo feminino, 55 anos, doméstica, renda pessoal mensal de R\$465,00, afastada pelo INSS.

- SMSR, sexo feminino, 46 anos, secretária de digitação, renda pessoal mensal de R\$744,00, afastada pelo INSS.
- ARR, sexo feminino, 29 anos, serviços gerais/assistente de fisioterapia, atualmente sem renda, teve alta do INSS.
- AMS, sexo feminino, 40 anos, costureira, renda pessoal mensal de R\$415,00, afastada pelo INSS.
- LAS, sexo feminino, 53 anos, faxineira de condomínio, renda pessoal mensal de R\$465,00, afastada pelo INSS.

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 326/2007

**Protocolo CEP-UFJF:** 1213.259.2007 **FR:** 156615 **CAAE:** 0198.0.180.000-07

**Projeto de Pesquisa:** "Representações Sociais da Fisioterapia e DORT: uma pesquisa com trabalhadores envolvidos utilizando a técnica de evocação livre de palavras"

**Pesquisador Responsável:** Vanusa Caiafa Caetano

**Pesquisadores Participantes:** Isabel Cristina Gonçalves Leite

**Instituição:** Faculdade de Medicina – Departamento de Fisioterapia – Universidade Federal de Juiz de Fora

### Sumário/comentários do protocolo:

O CEP analisou o protocolo 1213.259.2007, Grupo III, e considerou que:

- Trata-se de um projeto de pesquisa que, após uma consistente apresentação de argumentos sobre as relações de trabalho e as diversas patologias decorrentes dele, entre elas as doenças osteomioarticulares, pretende analisar as representações e perspectivas de pacientes sobre a fisioterapia para o tratamento de tais lesões.

- As pesquisadoras justificam e caracterizam bem o tema proposto, pautado em uma literatura coerente.

- O objetivo geral é analisar as principais representações sociais da fisioterapia e DORT, junto aos trabalhadores portadores de DORT na cidade de Juiz de Fora, MG, e macro região, segundo a Teoria das Representações Sociais. Os objetivos específicos são: 1) caracterizar a história social, clínica e ocupacional dos trabalhadores, caracterizando o acesso, eficácia e trajetória de assistência fisioterapêutica. 2) analisar as atuais representações sociais da fisioterapia, entre o grupo de trabalhadores. 3) analisar as atuais representações sociais das DORT'S junto aos trabalhadores. 4) subsidiar tomadas de decisão de políticas públicas na saúde do trabalhador, para a promoção da prevenção e assistência ao tratamento fisioterapêutico em trabalhadores portadores de DORT.

- Metodologicamente, o estudo será realizado com uma amostra de trabalhadores afastados, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com nexos ocupacionais de DORT, inseridos no Programa de Reabilitação Física do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), através do Departamento de Saúde do Trabalhador (DSAT), Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA) do município de Juiz de Fora. Apesar de haver 1800 pacientes inscritos no programa, cerca de 300 são assíduos ao tratamento. Serão selecionados para o estudo (Critérios de Inclusão), uma amostragem de trabalhadores, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 45 anos, com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, que estejam cadastrados e frequentes no Programa de Reabilitação Física do CEREST no período compreendido entre os anos de 2006 e 2007, e que se encontram em tratamento fisioterapêutico. Serão critérios de exclusão: trabalhadores que se recusarem a assinar o TCLE, e que não se enquadrem nos critérios de inclusão. As entrevistas serão realizadas no Departamento de Saúde do Trabalhador da Prefeitura de Juiz de Fora. Serão utilizadas duas técnicas de coleta, através de um instrumento (apresentado em anexo) composto por uma entrevista semi-estruturada e o jogo da associação livre (o indivíduo deverá descrever três palavras que ele considera associativa com determinado tema e destacar a principal para ele). As pesquisadoras descrevem corretamente o tratamento que será realizado ao material coletado na pesquisa. Os dados serão analisados com apoio do software EVOC2000, possibilitando a análise da estrutura da representação social. As pesquisadoras apresentam uma declaração de concordância com a pesquisa assinada pela chefe do Departamento de Saúde do Trabalhador da Prefeitura de Juiz de Fora.

- O Termo de Consentimento Livre e esclarecido está descrito em linguagem clara e acessível aos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Res. CSN 196/96.

- O cronograma está descrito em meses e anos, constando todas as atividades de doutoramento da pesquisadora principal. O início do programa foi em Março/2007 e o término está previsto para Março de 2010. A coleta dos dados está prevista para Abril de 2008.

- O orçamento está correto, não havendo financiamento de fontes externas. As despesas serão assumidas pelos pesquisadores.

- A pesquisadora principal é fisioterapeuta, doutoranda do programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFJF. A pesquisadora participante é sua orientadora, Doutora em Saúde Pública pela ENSP. Seus currículos estão de acordo para a realização da proposta de pesquisa

- Salientamos que a pesquisadora deverá encaminhar a este comitê os relatórios parciais e final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 13 de Novembro de 2007.

Prof.ª Dr.ª Luciana Andréa Salvia  
Coordenadora – CEP/UFJF

|                |
|----------------|
| RECEBIDO EM    |
| ____/____/____ |
| _____          |

**ANEXO B – Parecer do Conselho Científico da revista Cadernos de Saúde Coletiva para publicação do artigo “Fisioterapia na saúde do trabalhador: um campo de análise da representação social”**

cadernos  
Saúde Coletiva

cadernos@iesc.ufrj.br  
www.iesc.ufrj.br  
(21) 2598-9274

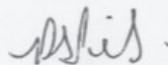
Rio de Janeiro, 12 de agosto de 2009.

Prezada Profa. Vanusa Caiafa Caetano,

Ao agradecer V. S<sup>a</sup> pela sua valiosa colaboração aos Cadernos Saúde Coletiva, submetendo o manuscrito intitulado “**FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CAMPO DE ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL**”, vimos comunicar o resultado final do processo a que foi submetido o manuscrito em pauta.

**Parecer do Conselho Científico: Aprovado definitivamente para publicação nos Cadernos Saúde Coletiva.**

Atenciosamente,



Rejane Sobrino Pinheiro  
Editora

**ANEXO C – Parecer do Conselho Editorial da revista Fisioterapia em Movimento para publicação do artigo “Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora-MG**



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA  
REVISTA “FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO”

Curitiba, 7 de maio de 2010.

Prezados (a) Senhores (a),

Informamos que seu artigo intitulado: “**PERFIL DOS PACIENTES E CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO AOS TRABALHADORES COM LER/DORT EM JUIZ DE FORA-MG.**” manuscrito 760 foi aceito para publicação com previsão no exemplar volume 23 nº 3 julho/ setembro 2010 da “revista fisioterapia em movimento”.

Pequenas revisões que possam ser solicitadas pelo núcleo editorial serão repassadas aos senhores para finalização.

O Conselho Editorial vem mais uma vez agradecer a sua participação no engrandecimento desta edição.

Queremos reafirmar que este veículo científico continua aberto aos novos trabalhos desenvolvidos por V.S.

Sem mais apresentamos nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Auristela Duarte Lima Moser  
Editora da Revista  
“Fisioterapia em Movimento”

**ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo “O lugar ocupado pela assistência fisioterapêutica: representações sociais de trabalhadores com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho” à Revista Ciência e Saúde Coletiva**

Revista Ciência & Saúde Coletiva Página 1 de 1

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123

**REVISTAS**

- Meus Artigos
- Meus Dados
- Desconectar
- Sobre a Revista
- Edições e Assinatura
- Artigos e Avaliação
- Corpo Editorial
- Parcerias
- Fale Conosco

# Ciência & Saúde Coletiva

para a sociedade ABRASCO

### Artigos Aprovados

Você não possui artigos aprovados aguardando publicação.

Verifique, na tabela abaixo, os artigos que você possui aguardando avaliação.

Caso você não tenha enviado artigos para avaliação, utilize a opção "Novo Artigo", à direita, para preencher o formulário adequado.

### Novo Artigo

> **Envie seu artigo para avaliação.**

---

### Artigos Online no Scielo

Pesquisar:

no campo:

**Pesquisar**

### Artigos em Avaliação

1256/2010 - REAPRESENTAÇÃO: O LUGAR OCUPADO PELA ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES COM DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO

**ANEXO E – Comprovante de submissão do artigo “Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT” à revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**

Gmail - [ICSE] Agradecimento pela Submissão

Página 1 de 1



Vanusa Caiafa Caetano <vcaiafa@gmail.com>

---

**[ICSE] Agradecimento pela Submissão**

1 mensagem

---

Antonio Pithon Cyrino <intface@fmb.unesp.br>  
Para: Vanusa Caiafa Caetano <vcaiafa@gmail.com>

5 de outubro de 2010 14:36

Prezado(a) Vanusa Caiafa Caetano,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT." para Interface: Comunicação, Saúde, Educação.

Para maiores informações sobre o processo de avaliação deste periódico acesse o tópico - análise e aprovação dos originais em:

<http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm>

Por meio da interface de administração do sistema, utilizada para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/author/submission/41827>

Login: vcaiafa

Em caso de dúvidas, envie suas questões para [intface@fmb.unesp.br](mailto:intface@fmb.unesp.br)  
Agradecemos, mais uma vez, considerar nossa revista como meio de divulgar seu trabalho.

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino  
Interface: Comunicação, Saúde, Educação, editor  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação

---

Interface: Comunicação, Saúde, Educação

<http://submission.scielo.br/index.php/icse>

---