

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Marcelo de Carvalho Filgueiras**

**PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TRABALHADORES  
COM DOENÇAS OSTEOMUSCULARES: um estudo etnográfico**

**Fortaleza – Ceará**

**2004**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Marcelo de Carvalho Filgueiras**

**PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TRABALHADORES COM  
DOENÇAS OSTEOMUSCULARES: um estudo etnográfico**

Dissertação apresentada à Comissão Julgadora do Programa de Mestrado em Educação em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. Mirna Albuquerque Frota

**Grupo de Pesquisa:** Cultura, Educação Popular e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Humanização do Cuidado em Populações Fragilizadas.

**Fortaleza – Ceará**

**2004**

Marcelo de Carvalho Filgueiras

PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TRABALHADORES COM DOENÇAS  
OSTEOMUSCULARES: um estudo etnográfico

Banca Examinadora

---

Prof. Dra. Mirna Albuquerque Frota  
Presidente

---

Prof.Dra. Maria Lourdes P. Brandão  
1ª Examinadora

---

Prof. Dra. Lorena Barbosa Ximenes  
2ª Examinadora

---

Prof. Dra. Marilyn Kay Nations  
Suplente

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dedico este trabalho a minha avó  
querida, eterna inspiração e  
exemplo, Julieta Filgueiras.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter guiado meus passos ao longo desta e de tantas outras caminhadas.

A meus pais, José Amadeu e Rosa Virgínia, meu filho Bruno Ábner e irmãos Ricardo e Rafael, pelo apoio que sempre poderei contar.

Aos professores do Mestrado em Educação em Saúde, em especial a Dra. Mirna Albuquerque Frota, pelo incentivo e suporte, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib.

Às professoras da graduação Cecília Kátia Limavêrde Pessoa, Yvane Elisabeth Almeida, Milena Sampaio Magalhães.

Aos queridos colegas do Mestrado em Educação em Saúde, em especial, Osvaldo Albuquerque, Márcia Arcoverde, Silvânia Maia, Ivana Paiva, Juliana, Sandra.

Aos companheiros, Roberto Brito, André Dantas.

A coordenação do Mestrado em Educação em Saúde, na pessoa da Prof. Dra. Raimunda Magalhães Silva.

Aos funcionários do Mestrado em Educação em Saúde, Paulo Rafael N. Pontes, Francisca Franciscleide Paiva Martins e Marciliano da Silva Cordeiro.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

A Banca Examinadora, Prof.Dra. Maria Lourdes P. Brandão, Prof. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, Prof. Dra. Marilyn Kay Nations.

Ao todos os profissionais do Instituto de Previdência do Município pela recepção.

Aos Sujeitos do estudo.

A meus padrinhos José Itamar e Luzia Filgueiras.

## RESUMO

Há uma estreita relação entre o trabalho e a saúde e pode ser observada desde os períodos mais remotos da humanidade. Modernamente, com a advento de novas tecnologias e automação da produção, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), tem aumentado sua incidência mundialmente. O paradigma capitalista de produção é um fator importante nesse contexto, influenciando não apenas a etiologia dessas doenças, mas seu tratamento e a forma como elas são socialmente vivenciadas. Dessa forma, é necessário uma abordagem centrada no homem e na cultura para uma aproximação maior com este objeto. Este estudo teve o objetivo de descrever a forma como trabalhadores municipais têm vivenciado às DORT. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa com perspectiva etnográfica realizado no Instituto de Previdência do Município de Fortaleza – CE no período de Abril a Agosto de 2004. A pesquisa foi submetida ao comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR tendo sido aprovado. Um total de nove servidores constituíram os informantes da pesquisa que teve como instrumento de coleta a entrevista semi-estruturada. Os dados foram organizados e apresentados em forma de categorias: **Perceber-se doente; Reações frente ao diagnóstico e tratamento; repercussões da doença no cotidiano; vivência das relações interpessoais com a doença.** A partir dos dados podemos inferir a importância das DORT na vida dos trabalhadores. A educação em saúde nesse contexto DORT tem o sentido de favorecer mudanças no trabalho, proporcionando a construção de um ambiente saudável. Outro aspecto é a forma como essas doenças são diagnosticadas, tratadas e vividas, exigindo uma formação humanizada dos profissionais de saúde. Dessa forma, a perspectiva da educação em saúde é a da conscientização para a mudança do contexto atual dos trabalhadores com DORT e para a promoção da saúde nesses ambientes.

## **ABSTRACT**

There is a close relationship between the work and the health and it can be observed from the humanity's most remote periods. Modernly, with the advent of new technologies and automation of the production, the diseases osteomusculars related to the work (DORT), have been increasing their worldwide incidence. The capitalist paradigm of production is an important factor in that context, not just influencing the etiology of those diseases, but their treatment and the form like them are lived socially. In that way, it is necessary an approach centered in the man and in the culture for a larger approach with this object. This study had the objective of describing the form as municipal workers have been living the DORT. This is a descriptive study of qualitative nature with ethnographic perspective accomplished at the Providence Institute of Fortaleza - CE in the period of April to August of 2004. The research was submitted to the Ethics Committee of the University of Fortaleza - UNIFOR having been approved. A total of nine servants constituted the research informers that had as instrument collection the semi-structured interview. The data were organized and presented in form of categories: To notice sick; Reactions front to the diagnosis and treatment; the disease repercussions in the daily; existence of the interpersonal relationships with the disease. Based in data we can infer the DORT importance in the workers' life. The health education in that DORT context has the sense of favoring changes in the work, providing the construction of a healthy atmosphere. Another aspect is the form as those diseases are diagnosed, treated and lived, demanding a humanized formation of health professionals. In that way, the perspective of the health education is the one of the understanding for the change of the workers' current context with DORT and for the health promotion in those environment..



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. PESQUISANDO A TEMÁTICA .....	15
2.1. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho .....	15
2.2. Fisioterapia no contexto da promoção da saúde.....	20
2.3. Educação e promoção da saúde do trabalhador.....	25
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS .....	34
4. CAMINHAR METODOLÓGICO .....	39
5. DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS .....	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO .....	87
8. APÊNDICES .....	97

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o modo como o homem obtém seu sustento envolve risco. Em diversas épocas, a influência do trabalho sobre a saúde do indivíduo pode ser observada. Desde períodos mais remotos, do homem caçador, coletor de frutas ou pescador sempre houve certo perigo envolvido nessas atividades.

No entanto o trabalho é o meio pelo qual o homem obtém seu sustento e de seus familiares, sendo uma atividade importante na formação da sua personalidade e identidade (BORGES e TAMAYO, 2001).

É comum o homem passar a maior parte de seu dia no trabalho, o paradigma da informatização e automação no modo capitalista de produção o submete a atividades repetitivas e cada vez mais sedentárias, aumentando os agravos à saúde. O incremento do arsenal tecnológico, apesar de diminuir a necessidade do esforço humano, não tem contribuído para minimizar a exposição humana a riscos. Em diversas atividades, o trabalho humano é necessário, inserindo-se no contexto do automatismo e da produtividade em detrimento das condições de trabalho.

Assim, o trabalhador é exposto a fatores de risco para uma série de agravos. O posto de trabalho pode influenciar a qualidade de vida de forma positiva ou negativa, pois, de acordo com Naidoo e Wills (2000), o local de trabalho pode afetar, negativamente, a saúde ou ser um ambiente propício para a sua promoção, pois a ocorrência de uma situação ou de outra acontece de acordo com a organização institucional, da carga horária, das instalações físicas, do tipo de atividade e da qualidade das relações interpessoais vividas.

Esses aspectos precisam ser levados em consideração para a adoção de medidas que promovam a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. Tradicionalmente, as intervenções voltadas para esse público, na prática, não têm a preocupação com sua saúde, mas com aumentar a produtividade e o lucro, ou servir como “*marketing*” social da empresa, estando, portanto, fadadas ao fracasso, pois se constituem em ações artificiais, sem o envolvimento e participação ativa dos trabalhadores. Na visão de Freire (1996), é aceitável essa conduta, uma vez que ao dono da empresa interessa um empregado bem treinado, do ponto de vista técnico; o que ele rejeita é a formação desse operário, porquanto implicaria uma posição crítica diante de sua condição.

Em minha prática profissional como Fisioterapeuta, atuei no tratamento e prevenção das doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho, participando, em diversas empresas, de programas de qualidade de vida do trabalhador. Pude observar, nessa ocasião, que alguns trabalhadores, mesmo sofrendo de doenças musculares, não participavam dos programas de prevenção por medo de demissão; outros, mesmo com diagnóstico médico e licença, continuavam trabalhando por receio de sofrer algum tipo de discriminação. Eram comuns, também, relatos de pessoas que não participavam das atividades por machismo, sentindo-se diminuídos em sua masculinidade durante os alongamentos musculares propostos, outros referiam desconforto em serem observados, julgados pelos colegas. Entendemos esta resistência como um problema da condição humana, em não aceitar facilmente as mudanças.

Essa resistência cultural, vivenciada em muitas empresas, causa no trabalhador uma reação de descrença nas intenções e indica a idéia de trabalho como

uma atividade penosa, feita com dor e sofrimento, cumprida como um verdadeiro castigo. A própria origem da palavra trabalho, do latim “*tripalium*”, um instrumento inicialmente utilizado na agricultura (até século XV), feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, com o qual os agricultores batiam o trigo, espigas de milho, mais tarde, também é registrado como instrumento de tortura” (ROCHA e FRITSCH, 2002 p. 57-58).

Também encontra-se referência a este pensamento no texto bíblico, em Gênesis, quando da expulsão de Adão do paraíso: “No suor do teu rosto comerás o teu pão até que tornes à terra” (Gênesis 3: 19). É nessa cultura de trabalho-castigo que estamos inseridos, em que o trabalhar com prazer não existe, aumentando a exposição a fatores de risco para o adoecimento.

Essa concepção afasta a idéia da humanização proporcionada pelo trabalho, deixando de ser, como afirmam Mendes e Dias (1999), uma atividade importante na inserção do trabalhador no mundo. É válido ressaltar que a idéia de trabalho como algo doloroso é reforçada pelo número crescente de doenças ocupacionais.

Com as transformações advindas da modernização industrial, a necessidade de expansão de mercados e, conseqüentemente, da produtividade fez desaparecer a figura do trabalhador responsável por todo o processo produtivo, dando lugar a uma massa operária alienada em relação ao trabalho que desenvolve, despossuída de sua capacidade intelectual (DEJOURS, 1992). Essa nova organização do trabalho, com atividades especializadas, cada vez mais mecânicas e repetitivas, em que as condições ergonômicas não são favoráveis, a busca de metas exigentes de produtividade é determinante da crescente incidência de lesões em estruturas como tendões, ligamentos e fascias musculares.

As doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho constituem um grupo patológico epidemiologicamente importante no mundo inteiro, tendo causa multifatorial e podendo levar a conseqüências sérias na vida do trabalhador. Nos Estados Unidos, constituem cerca de 65% das patologias registradas como ocupacionais. No Brasil, foram responsáveis por cerca de 80% das concessões de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez no ano de 1998 (DIAS, 2001).

Para se entenderem as estatísticas de casos de doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho, é preciso conhecer não apenas as condições físicas, mas a organização do trabalho como um todo. Observando-se a saúde por uma ótica global, todos os aspectos objetivos e subjetivos relacionados com o processo de adoecer são importantes, pois influenciam, diretamente, no desenvolvimento ou não da doença. Nesse contexto, ressalta-se a influência cultural no processo de cura e adoecimento, vez que o conhecimento desses aspectos fornece subsídios para uma compreensão global do ser humano.

Urge uma reflexão a respeito da nomenclatura, na literatura é caracterizada de diversas formas, como, por exemplo, lesão por trauma cumulativo, síndrome do uso em excesso, entre outros (MENDES, 1995). A nomenclatura consagrada pelo uso, porém, é lesão por esforço repetitivo, L.E.R.

Essa denominação se deve ao principal fator causal, o esforço repetitivo. No entanto, uma vez que a lesão pode ser provocada por uma atividade que não seja necessariamente o trabalho, essa nomenclatura não abrange unicamente o grupo das doenças ocupacionais. Exemplo: Um quadro clínico de epicondilite, apresentado por um digitador ou por um jovem tenista amador. No primeiro caso, a doença está relacionada com o trabalho; no segundo, não. Essa diferença é importante, já que a influência de

fatores psicossociais envolvidos em cada caso interferem na abordagem preventiva e terapêutica.

Essa controvérsia quanto à nomenclatura se deve, em parte, ao próprio paradigma médico. Como lembra Mendes (1995), geralmente as doenças têm sua nomenclatura relacionada com o órgão acometido; dessa forma, parece uma transgressão caracterizar determinado quadro clínico a partir da causa.

No entanto a causa da patologia não é necessariamente o trabalho, mas a forma como é executado. Apontar essa atividade como causa da doença é assumir uma posição passiva e determinista. Quando se afirma que a pessoa adoeceu devido ao trabalho, há uma idéia de que não há nada a fazer para se evitar essa condição. Não é verdade. O quadro clínico se apresenta, porque o funcionário atua sobre pressão, em más condições ergonômicas, sem pausas, sem lazer, sem alimentação adequada, sem condições de vida e de sustento digno seu e de sua família, originando um contexto insalubre, onde há exposição a um amplo espectro de agravos à sua saúde. Nesse caso, o fator trabalho soma-se às condições desencadeadoras do quadro clínico (MENDES e DIAS, 1999)

Assim, a denominação doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho parece mais adequada e realista, uma vez que considera que a condição patológica está relacionada com o trabalho e com todos os aspectos objetivos, subjetivos e culturais envolvidos, e, não, determinada por ele. Essa é a denominação que se utilizará neste estudo.

Reconhecendo que esse tipo de doença interfere em todo o contexto de vida do trabalhador, despertou-nos o interesse em pesquisar o impacto cultural da doença na vida pessoal e profissional do indivíduo acometido pela DORT: As possíveis

mudanças no cotidiano, na relação com os colegas; a influência na vida profissional; sua experiência subjetiva sob a doença; crenças e costumes envolvidos, pois a doença não se manifesta exclusivamente em quem a sofre; afeta familiares, as relações no trabalho e a sociedade como um todo. O esclarecimento dessas questões norteia, de forma mais realista, o planejamento de intervenções para a promoção da saúde do trabalhador.

Escolheu-se como campo de pesquisa o Instituto de Previdência do Município de Fortaleza (IPM), órgão que atende a uma grande demanda de trabalhadores com DORT de diversas atividades do município. A eleição do IPM é ideal, uma vez que é o órgão responsável pela perícia e assistência médica a servidores públicos municipais de diversas profissões, o que atende ao interesse em descrever os fatores culturais envolvidos no cotidiano dos portadores de DORT.

Assim, desvelar aspectos culturais envolvidos, usos e costumes a respeito do trabalhador acometido por DORT é uma forma de apreender para, a partir de então, elaborar planos de controle e prevenção mais eficientes. O profissional Fisioterapeuta, como membro da equipe de saúde, deve conhecer e respeitar a bagagem cultural do cliente para prestar seu atendimento dentro de uma perspectiva humana e globalizada. A realização deste estudo será, então, relevante para a fisioterapia, servirá de base para a criação de programas mais eficientes para a promoção da saúde do trabalhador e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de DORT.

O estudo, portanto, tem como objetivo descrever a repercussão das DORT na vida dos servidores públicos municipais em atendimento fisioterapêutico.

## **2. PESQUISANDO A TEMÁTICA**

### **2.1. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho**

As doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho são distúrbios do aparelho locomotor de etiologia ligada à atividade laborativa e vem apresentando incidência crescente em todo o mundo. Mendes e Dias (1999) chamam a atenção para o grande número de casos notificados ao Seguro Social, cerca de 90% dos casos. Essa altíssima incidência demonstra a necessidade de aprofundar estudos no sentido de esclarecer os aspectos envolvidos nessa doença e chama a atenção para sua importância no contexto da saúde pública.

Apesar de ser um grupo de doenças bastante comuns nos dias atuais e de ser associado popularmente ao uso de novas tecnologias, seu surgimento não é recente. Relatos de Ramazzini (1988) no século XVIII atestavam os efeitos maléficos de uma vida sedentária, esforços repetitivos e pressão psicológica para a saúde dos escribas e notários.

As causas predisponentes às doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho na época de Ramazzini estão presentes até os dias atuais, podendo resultar da combinação de três fatores de risco para a sua ocorrência: aspectos biomecânicos, psicossociais da organização do trabalho e ligados a desequilíbrios psíquicos (DIAS, 2001).

Os aspectos biomecânicos se relacionam com o ambiente físico no qual o trabalho é executado. Deve ser foco de atenção por parte de projetistas no sentido de



conceber um espaço ergonomicamente favorável para a realização de cada tarefa específica.

Os fatores ligados à organização do trabalho são, talvez, os responsáveis diretos pelo processo saúde-doença dos trabalhadores. A produção com foco na geração do capital tem a lógica de superação de metas, pela qual o aumento da produtividade, muitas vezes, é conseguida às custas de sobrecarga humana, gerando jornadas massacrantes e um ambiente insalubre do ponto de vista das relações humanas. “Do choque entre um indivíduo, dotado de uma história personalizada, e a organização do trabalho, portadora de uma injunção despersonalizante emergem uma vivência e um sofrimento” (DEJOURS, 1992 p. 45).

Dias (2001) destaca que fatores ligados à psicodinâmica do trabalho repercutem sobre a qualidade das relações experienciadas, interferindo, diretamente, na satisfação do trabalhador. Um ambiente hostil leva a um maior nível de *stress*, elevando a atividade muscular normal de repouso, favorecendo o surgimento de patologias específicas da coluna além de sofrimento psíquico.

A ergonomia surge, nesse contexto, como abordagem que se ocupa do estudo de aspectos objetivos e subjetivos do trabalho, visando a dois objetivos fundamentais que, segundo Abrahão e Pinho (2002), ressaltam a produção de conhecimentos sobre as condições do trabalho e a formulação racional da transformação do ambiente, tendo como perspectiva a melhoria da relação homem – trabalho; ocupa-se, portanto, de todos os fatores envolvidos no trabalho, buscando melhorias para a qualidade de vida do homem.

Cherem e Magajewski (2003) lembram a definição da *Ergonomic Research Society* como sendo o estudo do relacionamento entre o homem e seu trabalho,

equipamento e ambiente, e, particularmente, a aplicação de conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução de problemas surgidos desse relacionamento.

Para alguns autores, Miyamoto et al (1999), Rocha e Fritsch (2002) , trata-se de uma ciência humana aplicada, composta de conhecimentos interdisciplinares, com o objetivo de estudar as condições do trabalho para adaptá-las ao ser humano. Exemplificando essa interdisciplinaridade, apontam-se ciências como a antropometria, a fisiologia, a psicologia, a biomecânica.

As diferentes teorias sobre a ergonomia trazem em comum a necessidade de uma adaptação do ambiente de trabalho ao homem e a importância da aplicação de diferentes disciplinas na construção dessa adaptação. É preciso uma visão holística do trabalho para a aquisição de uma estrutura que possibilite sua realização de forma saudável. Nesse intuito, devem somar esforços junto a equipe de saúde engenheiros, arquitetos, empresários e funcionários no sentido de prevenir as DORT e promover a saúde no ambiente de trabalho, esse sentimento de responsabilidade compartilhada é importante para o sucesso das medidas ergonômicas, como alerta Ribeiro (1997):

As análises ergonômicas do trabalho e as propostas de prevenção da LER dão ênfase às pausas, aos exercícios de alongamento, ao rodízio de tarefas, pouco se referindo à produção e à organização do trabalho. As recomendações incidem sobre questões pontuais, cobrando maior vigilância das gerências e propondo soluções que podem acabar sendo percebidas pelos trabalhadores como novas exigências do trabalho deslocando para eles, na medida que desobedeçam às prescrições, a responsabilidade pelo próprio adoecimento (RIBEIRO, 1997 p. 30).

A adoção de medidas, como pausas na jornada de trabalho, utilização de móveis e maquinário adequado, maior participação do trabalhador nas decisões, favorece a concepção do trabalho saudável, prevenindo doenças, porém não são uma fórmula mágica, capaz de, isoladamente, mudar a realidade. Dentro dessa perspectiva, a educação em saúde se apresenta como meio capaz de transformar e viabilizar a conquista de um ambiente ideal. O foco para essa transformação está nas mudanças na organização do trabalho, buscando-se um modo de produzir centrado no homem e, não, unicamente no capital.

O não seguimento de tais orientações expõe o funcionário a situações perigosas, gerando conseqüências que podem ser observadas fisicamente na forma de pontos dolorosos e inflamações em diversas estruturas, como músculos, fascias musculares, tendões, ligamentos, articulações, nervos e vasos sangüíneos (YENG et al, 2001), caracterizando, anatomicamente, a sintomatologia das DORT. Do ponto de vista psicológico, essa condição pode provocar transtornos graves, como a depressão.

A evolução da DORT é, geralmente, lenta e progressiva, porém a inexistência de um exame específico para o diagnóstico precoce dificulta o tratamento. Além disso, nos sintomas iniciais, é comum que o trabalhador ignore por falta de conhecimento ou pela pressão em manter a produtividade, o que retarda o início do tratamento comprometendo de forma decisiva o prognóstico.

Solicitações constantes à contração muscular, durante a realização de atividades da vida diária, carga excessiva, má postura, vibrações (por máquinas ou ferramentas) podem provocar alterações morfofuncionais adaptativas freqüentemente subclínicas, que, associadas a eventos traumáticos físicos ou emocionais, podem provocar dor (YENG et al, 2001). O somatório de microtraumatismos repetidos causa

uma lesão, manifestada por dor local, perda de força e de movimentos, que pode ser exacerbada pelo estado psicológico.

A terapêutica se mostra eficaz, quando o diagnóstico é precoce, porém depende da reestruturação do trabalho como um todo para se evitarem recidivas e agravamento do quadro. Não adianta tratar exclusivamente a lesão, pois ela é um reflexo de uma situação insalubre a que o sujeito está exposto; é necessária uma mudança dessa condição.

Apesar de a dor psicogênica raramente manifestar-se em casos de DORT, alterações psicoafetivas contribuem para a manutenção e agravamento da dor (YENG et al, 2001). Dessa forma, o cliente com DORT demanda um acompanhamento clínico, fisioterapêutico e psicológico, pois transtornos emocionais são comuns.

Não obstante a complexidade dos sintomas físicos que envolvem, como dor, edema, inflamação, diminuição do movimento, o estado psicológico do cliente é afetado, refletindo, diretamente, na evolução dos sintomas. Quadros depressivos e de alteração do humor são freqüentemente associados.

Com a evolução do quadro que pode chegar à incapacidade física, nos estágios mais avançados da doença, observa-se, no trabalhador, um quadro de profunda ansiedade. A impossibilidade para realizar tarefas da vida diária, como dirigir, usar o computador, escrever, afasta o cliente com DORT do convívio social e familiar, agravando o quadro psicológico. Outro fator gerador de *stress* emocional é o fator financeiro, pois o portador tem sua capacidade funcional limitada, além de ter de arcar com custos de tratamento médico.

Diante da complexidade que envolve as DORT, a adoção de medidas de educação em saúde visando ao homem de forma global é urgente no sentido de se

construir um ambiente saudável propício à promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

## **2.2. Fisioterapia no contexto da promoção de saúde**

A área da saúde coletiva exige do profissional uma abordagem além do combate a doenças. É uma dimensão mais ampla, centrada na condição humana diante da qual a doença é uma experiência única; assim, não se trata apenas de uma atitude pontual visando à prevenção de doenças, mas uma visão de promoção da saúde a partir de melhorias nas condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, a atenção à saúde coletiva demanda uma atitude profissional, em que uma interação entre conhecimento científico, conhecimento popular e da realidade macroestrutural se faz necessária. Assim, o conhecimento científico é indispensável à prática profissional em saúde, no entanto, quando há desprezo pelo conhecimento popular, essa prática ocorre de maneira autoritária e preconceituosa. Da mesma forma, o desconhecimento da realidade na qual a comunidade está inserida dificulta o planejamento e execução de ações para a promoção da saúde da população.

Kleinman (1988) diferenciou três termos para referir-se à doença: *illness* para definir a experiência subjetiva do paciente sobre a doença; *disease* referindo-se ao conhecimento biomédico da fisiopatologia da doença; *sickness* para a doença abordada do ponto da realidade macroestrutural. Assim, é preciso a interação desses conceitos para uma aproximação maior com o campo da promoção da saúde. A aplicação desses conceitos se faz necessária dentro de um contexto de saúde coletiva.

No campo da fisioterapia, a atuação do profissional inserido em uma equipe interdisciplinar de saúde deve observar esses conceitos para uma intervenção voltada

para a promoção da saúde do trabalhador. É preciso uma compreensão ampla dos significados envolvidos no trabalho (demanda cultural), dos possíveis fatores de risco a injúrias extrínsecos e intrínsecos ao processo do trabalho (proteção específica e prevenção de acidentes) e, ainda, das relações macroestruturais desse processo, ou seja, aspectos políticos, econômicos do país.

O conceito atual de saúde contempla o homem de forma globalizada, envolvendo seus aspectos sociais, econômicos, físicos e psicológicos. Essa abordagem exige a aplicação, não apenas de um conhecimento técnico específico, mas de várias áreas distintas no cuidado à saúde.

Efetivamente, não apenas a aplicação de conhecimentos diferentes, mas principalmente, a sua integração se faz necessária. Propõe-se, dessa forma, um diálogo entre as disciplinas e profissionais que as representam. Deve-se, aqui, salientar a importância da palavra “diálogo” com o sentido democrático de troca, evitando-se a hierarquização e o autoritarismo.

O paradigma biomédico tecnicista prioriza a hegemonia do médico em relação aos demais profissionais de saúde. Em um modelo onde o corpo humano é visto como uma máquina, sendo médico o responsável técnico pelo seu perfeito funcionamento, justifica-se essa concepção (CAPRA, 1982). No entanto, é contra esse paradigma ultrapassado e limitado que se discute, mundialmente, estratégias para a aplicação do conceito de promoção da saúde.

Diversos pesquisadores, Raynaut (2002), Canesqui (2003), Vilela e Mendes (2003) destacam a importância intrínseca da interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva. A prática da promoção da saúde exige o trabalho conjunto, envolvendo todos os profissionais de saúde e comunidade no controle do processo. Assim, não há

espaço para o discurso vertical de um que dita e os demais obedecem, mas abre-se a discussão para um trabalho em equipe de forma interdisciplinar.

Segundo Morin (2002), a interdisciplinaridade pode ter duas concepções: uma que se preocupa com a afirmação dos conhecimentos específicos de cada disciplina e outra que significa troca, cooperação. É essa última que interessa à educação em saúde, segundo a qual o importante é a comunhão de saberes científicos distintos com o objetivo de melhorar as condições da vida humana.

Vários são os obstáculos a essa integração, dentre eles a idéia infantil de se demarcarem conhecimentos como propriedades de alguns escolhidos. Essa postura se mostra presente no discurso dos defensores do paradigma biomédico. O reducionismo característico desse modelo defende o conhecimento especializado em partes cada vez menores do corpo humano como estratégia para a saúde. Pode-se destacar ainda:

O mito de que a ciência pura e imaculada conduz ao progresso; o mito de que há verdade sem deontologia e ciência sem poder, os obstáculos de ordem psicossocial de dominação de saberes em que os processos de competição, de posição defensiva e de segurança econômica assumem papel fundamental (VILELA e MENDES, 2003 p. 529).

Apesar dos obstáculos à sua vivência, a interdisciplinaridade é uma estratégia para a promoção da saúde, quando a equipe profissional se integra, com o objetivo de prestar uma atenção global ao homem (SANTOS e BARROSO, 2003). Dessa forma, um trabalho conjunto, interdisciplinar se enquadra no modelo de assistência integral ao homem, constituindo uma premissa indispensável no contexto da saúde coletiva. Como defendem Vilela e Mendes (2003), deve ser buscada e praticada,

de forma horizontal, entre todos os profissionais, uma vez que se coloca como uma exigência interna no campo da saúde coletiva.

Nesse contexto, o Fisioterapeuta integra a equipe de saúde, prestando assistência ao homem na prevenção, reabilitação e promoção da saúde. Essa idéia é estabelecida no artigo primeiro do código de ética profissional, porém não é vivida plenamente, porquanto o que se observa é a atuação da maior parte dos profissionais na área de reabilitação.

Essa realidade pode ser em parte explicada porque, historicamente, os procedimentos fisioterapêuticos estiveram associados à reabilitação. Como lembra Silva (2002), a fisioterapia surge como ciência após a Segunda Guerra Mundial com a demanda enorme de feridos de guerra que necessitavam de reabilitação. Assim, toda a fundamentação da prática fisioterapêutica concentrou-se, inicialmente, na recuperação funcional, prestando um atendimento terciário.

Nas últimas décadas, a fisioterapia vem-se destacando na área preventiva, dedicando-se, principalmente, à saúde do trabalhador, idosos e gestantes. Na área da saúde ocupacional, a preocupação inicial era a reabilitação profissional de trabalhadores com DORT; atualmente, pretende-se a promoção da saúde dessas pessoas.

A pouca experiência da fisioterapia na atenção primária, aliada ao pequeno número de profissionais nas unidades básicas de saúde, gera desconhecimento da atuação desse profissional junto à comunidade e ao restante da equipe (VIANA et al, 2003).

Como explicação para este desconhecimento, Vilela e Silvério (2003) apontam a própria formação acadêmica dos profissionais de saúde, ou ainda, omissão



por parte dos gestores públicos. De fato, a formação acadêmica, principalmente na área da saúde, tem se mostrado reducionista e individualista, dificultando a atuação integrada dos profissionais. Por outro lado, cabe à comunidade e profissionais de saúde exigirem dos gestores públicos o comprometimento com a saúde pública na esfera municipal, estadual ou federal.

Um caminho a ser percorrido para a popularização da fisioterapia é, sem dúvida, a implantação de suas práticas profissionais ao alcance de todos. O conhecimento popular acerca da atuação do Fisioterapeuta só é possível quando ele atua como educador (VILELA e SILVÉRIO, 2003).

A integração do Fisioterapeuta à equipe básica de saúde tem mostrado a importância de sua atuação na resolutividade dos atendimentos, como constata Freitas (2002) a partir de experiência vivida em Juiz de Fora (MG), onde os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares foram de grande importância para a qualidade de vida dos clientes. Experiências dessa natureza mostram a importância da fisioterapia na saúde pública, pois é uma forma de democratizar o atendimento, permitindo que todos tenham acesso a esse tratamento.

Silva (2002) também observou a atuação do Fisioterapeuta como agente de transformação social a partir de sua prática no município de Quixadá, no interior do Ceará, onde, além do atendimento técnico curativo, a população local contou com a atuação preventiva.

Por esses exemplos, constata-se a importância do trabalho do Fisioterapeuta na equipe básica de saúde, atuando na prevenção, reabilitação e promoção da saúde, integrando-se à equipe de saúde como promotor e educador em saúde, popularizando a fisioterapia

### **2.3. Educação e Promoção da Saúde do Trabalhador**

A saúde do indivíduo ou grupo não deve ser entendida apenas como ausência de doença, mas dentro de uma visão holística que leve em consideração sua relação com o meio em que vive, condição sócio-econômica, costumes e crenças, acesso à informação, saneamento básico, etc. É uma condição dialética, na qual estados de saúde-doença se alternam, refletindo em melhor ou pior condição de vida.

Naidoo e Wills (2000) apontam a existência de dois conceitos comuns para a saúde: um negativo, ligado ao modelo biomédico, pelo qual a saúde é a ausência de doença, e um positivo pelo qual a saúde é um estado de completo bem-estar. Este conceito é adotado pela Organização Mundial de Saúde – OMS como superação do modelo anterior.

A questão cultural envolvida no processo saúde-doença não pode ser negligenciada, uma vez que o próprio conceito de saúde, assim como os valores que o definem são culturalmente construídos (UCHÔA e VIDAL, 1994). Atitudes saudáveis para uma determinada população podem ser consideradas de alto risco para outras, reafirmando a importância de se conhecerem essas questões para que se possa propor e trabalhar a mudança ou permanência de hábitos. A imposição de idéias desvaloriza as crenças populares e afasta a população da equipe de saúde.

Diversos autores (Santos e Barroso, 2003; Miyamoto et al, 1999; VIANA, 2003) destacam a importância de visão de saúde mais completa e abrangente. Deve-se entender por saúde, não apenas um estado em que não há manifestações clínicas, mas como um complexo que envolve o desenvolvimento de atividades da vida humana, sendo, dessa forma, determinado pela cultura, convívio social e emocional, estabilidade material e espiritual. Assim, a saúde é um complexo somatório de fatores intrínsecos e

extrínseco ao homem; a relação entre esses fatores é que define o estado de saúde ou não do indivíduo ou sociedade.

As diferentes definições para a saúde convergem em alguns aspectos, como a importância da cultura, das emoções, das relações interpessoais. Pode-se afirmar que o próprio conceito de saúde reflete a concepção que determinado grupo tem da vida, e essa idéia muda de acordo com a época e a sociedade (CAPRA, 1982). Buscando uma idéia de saúde ampla, que contemple a diversidade humana, a superação do paradigma biomédico da dicotomização entre corpo e mente se faz necessária para a construção de uma abordagem integral do ser humano.

Enfocando o homem como um todo integral e dinâmico, a saúde é, na realidade, o produto de um somatório de fatores. A Carta de Ottawa (1986) aponta as condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001). Reforçando a idéia da saúde como um complexo, envolvendo o homem na sua integralidade, o trabalho exerce importância fundamental, pois é através dele que se obtém a renda e se proporcionam meios para a melhoria das condições de vida.

Minetto (2002) afirma que a saúde do trabalhador é determinada por fatores econômicos, políticos, sociais e ideológicos. Dessa forma, a cultura da qual o trabalhador faz parte é um fator condicionante de sua saúde, uma vez que refletirá sua posição ideológica. Na sociedade capitalista, marcada pela exploração da classe operária, a luta de classe reflete-se na busca por melhores condições de vida.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas

condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais presentes nos processos de trabalho (DIAS, 2001). Assim, a saúde do trabalhador envolve aspectos culturais além de fatores específicos, como a exposição a fatores de risco, refletindo, diretamente, em sua qualidade de vida. Wunsch Filho (2000) complementa:

A saúde dos trabalhadores não está restrita aos acidentes e doenças do trabalho. A percepção do conceito de saúde remete a objetivos mais amplos. A conquista da saúde está intrinsecamente conectada às transformações que ocorrem nas coletividades (WUNSCH FILHO, 2000 p. 325).

A qualidade de vida no trabalho (QVT) é uma idéia bastante discutida nas últimas décadas. Refere-se à construção de um ambiente de trabalho onde as relações humanas e de produção ocorram da forma mais saudável possível, embora, no Brasil, diversas empresas usem essa idéia como uma forma de controle maior sobre o processo de produtivo, como mostra Heloani (1994) citado por Lacaz (2003):

No caso do Brasil, as políticas empresariais de programas de qualidade, conforme aponta Heloani (1994), são caracterizadas por envolver mecanismos de controle da percepção e da subjetividade para “enquadrar” os trabalhadores mediante engrenagens que têm por objetivo entranhar o seu inconsciente, visando à introjeção das normas e metas da empresa (LACAZ, 2003 p. 416).

Para Demo (1995), a qualidade de vida não deve referir-se apenas a questões materiais, embora essas sejam importantes. Não bastam condições materiais, a dimensão humana requer um conjunto, em que a noção de cidadania, de direitos, de formação, direito a expressão, são fatores indispensáveis para se alcançar um completo bem-estar. Mais que uma questão subjetiva, qualidade é um conceito culturalmente construído, assim como os conceito de saúde e doença.

No contexto do trabalho, esse estado de completo bem-estar relaciona-se, diretamente, com a compreensão das pessoas como sujeitos, abrangendo todos os

aspectos dessa condição: a família, a satisfação no trabalho, o ambiente, o grupo social (ROCHA e FRITSCH, 2002). As relações humanas permeiam suas atividades laborativas exercendo forte influência no seu modo de viver o trabalho, assim, a participação dos trabalhadores como atores do processo é fundamental na conquista da qualidade de vida no trabalho, como aponta Lacaz (2003):

Diante dessas assertivas, percebe-se que dos aspectos que envolvem a definição e a realização da qualidade do trabalho, o “controle”, que engloba a “autonomia”, e o “poder”, que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, neles incluídas questões de saúde, segurança e suas relações com a organização do trabalho, são elementos fundamentais e o foco principal que explica ou mesmo determina a qualidade de vida das pessoas. E, frisamos, elas são o que são, e as condições, ambientes e organização do processo de trabalho devem respeitá-las (LACAZ, 2003 p. 417-18).

Por conseguinte, o bem-estar no trabalho envolve diversos fatores, desde a instalação física, até as relações subjetivas do homem com seu trabalho, suas aspirações e angústias, as relações interpessoais vividas, influenciando, diretamente, a sua saúde. Constitui-se, então, em um conjunto de fatores capazes de proporcionar ao trabalhador a realização de suas atividades gozando de bem-estar físico, psicológico, econômico e social, permitindo que cada indivíduo resgate sua condição de cidadão (VIEIRA, 1996).

A idéia de promoção de saúde vem sendo discutida e abordada, mundialmente, como proposta e estratégia internacional para a melhoria das condições de saúde (PEREIRA et al, 2000). Apesar de Naidoo e Wills (2000) afirmarem que não há um consenso sobre a definição do termo “promoção de saúde”, a Carta de Ottawa (1986), a conceitua como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar

na sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2001). As discussões a respeito de um conceito de “promoção de saúde” mostram a importância do tema num projeto de saúde pública. Candeias (1997) define promoção de saúde como sendo “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes a saúde” (CANDEIAS, 1997 p. 210). Pode-se então afirmar que a promoção da saúde é um meio para a capacitação da comunidade a atuar, responsabilmente, por sua condição de vida e saúde. Buss (2003) complementa a discussão:

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter mais conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas nesta área (BUSS, 2003 p. 20).

O mesmo autor assinala, ainda, a importância da valorização do conhecimento popular e da participação comunitária na base da formulação conceitual da promoção da saúde. No contexto da promoção de saúde, a comunidade abandona a posição passiva diante de sua condição e passa a ser parte integrante do processo. Para Carey (2000), a participação popular é fator imprescindível para a promoção da saúde, apontando o conceito de *empowerment* como estratégia para o envolvimento popular.

O termo *empowerment*, ainda sem tradução para o português, engloba conceitualmente, a necessidade de uma transição de poder que ocorre a partir de uma conscientização crítica da realidade (CAREY, 2000). *Empowerment* significa um exercício contínuo de capacitação comunitária para, de forma crítica, atuar na

promoção da saúde. Essa capacitação contínua e o reforço das capacidades dos indivíduos e comunidades constituem importante aspecto da promoção da saúde (BUSS, 2003).

A viabilização da participação comunitária passa por uma tomada de atitude no sentido de responsabilizar-se por sua condição de vida. A partir dessa conscientização, o trabalhador define prioridades, planeja e executa a intervenção juntamente com a equipe de saúde. Não se pode falar em adesão comunitária quando a população fica à margem do processo e apenas assiste à aplicação da intervenção. Esse mecanismo acentua as diferenças sociais e de relações de poder. A conscientização do trabalhador acometido por DORT como responsável direto por sua condição de vida é um passo importante no sentido de transformar a realidade.

Nesse contexto, a educação em saúde torna-se importante ferramenta na promoção da saúde, haja visto ser um “processo de capacitação das pessoas proporcionando uma abordagem socio-educativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e serviços” (BARROSO, VIEIRA e VARELA, 2003 p. 18). Para Candeias (1997), educar em saúde significa combinar estratégias de aprendizagem com o objetivo de promover atitudes conducentes à saúde. Assim, a educação em saúde cria condições comunitárias favoráveis à promoção da saúde.

A atuação profissional deve ser norteadada por esse princípio de cidadania e responsabilidade social. Flores (1999) defende que não deve haver distinção entre a prática de saúde e prática educativa, e critica a postura do profissional que se diz educador em saúde, mas adota uma posição conformista, apenas instruindo à

população hábitos de saúde, sem questionar sua condição de dominados. Portanto, a prática educativa deve ser parte integrante do atendimento em saúde, visando à emancipação popular.

Com relação à atuação do profissional de saúde, Smeke e Oliveira (2001) concordam que os profissionais de saúde devem assumir-se como educadores, transcendendo seus limites e lutando para que seus educandos (população) também o faça. Essa posição requer grande dedicação do profissional, pois se observa no ensino universitário uma valorização do tecnicismo com relação ao ensino da área da saúde, em qual esses profissionais não são preparados para lidar com situações dessa natureza. É urgente uma mudança no ensino universitário, o que refletirá na atuação profissional mais engajada e participativa.

Para Freire (1996), a desconsideração pela formação integral do ser humano reafirma as diferenças sociais, favorecendo um discurso vertical. Essa situação é comum em serviços de saúde, em que apenas um dos lados é detentor do conhecimento, cabendo ao outro apenas ouvir e obedecer. A idéia de educar em saúde apresenta-se na linha de frente na superação desse paradigma de assistência. Por isso o papel do educador em saúde deve ser o de um facilitador do processo, criando condições favoráveis para a reflexão do grupo, participando, discutindo e não apenas decidindo, incentivando a atuação crítico-reflexiva em busca da autonomia e da consciência (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Ambas, educação e saúde, são meios para a transformação social. A conscientização, inerente à prática educativa, é o primeiro passo para uma tomada de atitude no sentido da mudança. É o desenvolvimento dessa consciência crítica que permite ao homem transformar sua realidade (FREIRE, 1998).



Enfocando a questão do trabalhador, a educação em saúde mostra sua importância, uma vez que, tradicionalmente, se investe em treinamentos excludentes, negando aos funcionários sua condição de sujeitos. Assim, cabe aos profissionais de saúde absorverem o conceito de educar em saúde para atuarem de forma democrática, valorizando o homem, assumindo a função de educador, visando à transformação social, não apenas um transmissor de conhecimento técnico.

Os treinamentos oferecidos aos trabalhadores, com a falsa imagem de preocupação social, na verdade se prestam muito bem à lógica do capital, pela qual o que interessa é a produção e geração de riqueza de forma mais rápida e sem interrupções. Freire (1996) observa essa questão:

Naturalmente, reinsisto, o empresário moderno aceita, estimula e patrocina o treino técnico de “seu” funcionário. O que ele necessariamente recusa é a sua formação, que envolvendo o saber técnico científico indispensável, fala de sua presença no mundo (FREIRE, 1996 p. 102).

Observa-se que essas iniciativas por parte das empresas têm um caráter de transferir sua responsabilidade por possíveis doenças e/ou acidentes de trabalho para o funcionário, uma vez que, ao implantar um programa de treinamento para a saúde e qualidade de vida no trabalho, a empresa se exime da responsabilidade, pois assume a postura de que o funcionário foi treinado; assim, o acidente ou agravo à saúde ocorreu por sua própria culpa ou negligência.

Smeke e Oliveira (2001) defendem que os educadores, incluindo-se todos os profissionais da saúde, devem acentuar nos indivíduos sua condição de sujeitos no sentido de defenderem sua autonomia e emancipação. Deve-se, por tanto, rejeitar o treinamento exclusivamente técnico, em que o indivíduo é tratado como objeto, facilmente manipulado, alienando-se da sua condição humana.

A lógica capitalista de produção é um obstáculo a ser superado para a promoção da saúde do trabalhador. Não se pode falar em emancipação humana quando as diferenças de poder são gradativamente acentuadas e é negado ao homem o direito de intervir na sua realidade. O treinamento técnico intensivo para aumentar a produtividade é uma etapa do processo de dominação, como afirma Dejours (1992). Após a redução do trabalhador a corpos isolados e dóceis, a última etapa é o adestramento, treinamento e condicionamento dessa força potencial que não tem mais forma humana.

A conscientização da capacidade do homem de transformar sua condição é proporcionada pela educação. Não pode ser praticada como forma de domesticação; ao contrário, busca sua libertação e afirmação como sujeito desse processo (FREIRE, 1998).

A mudança se dá a partir da compreensão crítica de sua condição. Não é possível transformar algo que não se conhece. “Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções” (FREIRE, 1998 p.30). A educação é o exercício dessa compreensão crítica do mundo. Daí o caráter revolucionário intrínseco à prática educativa não limitada a escolas e universidades, mas democrática, atingindo fábricas, hospitais, postos de saúde, etc.

Assim, a educação em saúde deve ser praticada visando à emancipação humana, à transformação social. Não cabe o discurso vertical praticado pelo “doutor”, detentor do conhecimento a quem os ignorantes devem ouvir em silêncio e obedecer. O sentido de educar em saúde é mais amplo; não rejeita o conhecimento popular; ao contrário, valoriza-o, bebe de sua fonte para, de forma horizontal, negociar democraticamente a mudança de hábitos e atitudes para a conscientização popular e para a mudança social.

### 3. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A escolha pela abordagem qualitativa se justifica pelo interesse em estudar o significado cultural da DORT para o trabalhador acometido, pois esse aspecto é fundamental para a compreensão dessa realidade e subsidiar intervenções de educação em saúde específicas para a população. O objetivo é desvelar aspectos não quantificáveis acerca do problema, como explica Minayo (1998):

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos (MINAYO, 1998 p. 24).

As dimensões não-quantificáveis da universo humano constituem uma infinidade de conceitos culturalmente construídos que influenciam a educação, o campo das relações pessoais, as atitudes, os valores e, conseqüentemente, a saúde de determinada população. Negar a importância desses aspectos na vida cotidiana é um equívoco cometido pelos que alegam a falta de cientificidade dos estudos qualitativos.

A valorização da quantificação como forma de embasar resultados científicos e o desprezo pelo universo não quantificável do ser humano é um retrato da influência cartesiana na ciência. No paradigma cartesiano, o homem é visto como máquina, constituída por peças, cada uma com sua função, cabendo aos cientistas estudar e conhecer concretamente cada peça

(CAPRA, 1982). Esse modelo influenciou, de maneira decisiva, a medicina e, por conseguinte, a saúde no mundo ocidental.

Ao entender a saúde como um complexo e dinâmico processo, não se pode desprezar os aspectos culturais envolvidos nesse contexto. Sendo o termo cultura entendido como um conjunto de princípios herdados e transmitidos por membros de uma sociedade, as crenças e práticas relacionadas com a saúde são influenciadas culturalmente (HELMAN, 2003). Assim, compreender a perspectiva da pessoa doente, para o profissional, é tão importante quanto o conhecimento da fisiopatologia acerca da doença, pois o processo de adoecimento e cura é determinado também por essa relação subjetiva. Lira et al (2004) levantam esta questão:

Com efeito, os significados culturais marcam tanto a pessoa doente quanto os seus cuidadores, particularmente os profissionais de saúde, que constituem sua prática com base em redes semânticas centradas na dimensão biomédica (LIRA et al, 2004 p. 149).

O método qualitativo de investigação teve sua origem nos estudos antropológicos e, em seguida, adotado por sociólogos, que perceberam a necessidade de uma nova abordagem científica, pois muitos aspectos da vida humana não podem ser quantificados e precisam ser interpretados de forma mais ampla do que limitada ao simples dado objetivo (TRIVIÑOS, 1997).

Dados quantitativos também poderão ser utilizados para caracterizar o objeto de estudo, pois, segundo Minayo (1998), os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, complementam-se. Triviños (1987) reforça essa idéia quando afirma que toda pesquisa pode ser qualitativa e quantitativa simultaneamente. Essa visão de interação entre abordagens qualitativas

e quantitativas fornece subsídios mais completos para uma melhor compreensão da realidade estudada.

Minayo e Minayo-Gómez (2003) concluem que essa parceria entre as metodologias é válida e que pode ser realizada de diversos modos na elaboração de um projeto que contemple as duas formas, ou em momentos separados da pesquisa quando os dados quantitativos levantam questões que não podem ser elucidadas a contento por números e quando questões qualitativas necessitam de uma abordagem em larga escala para uma melhor compreensão do objeto. Dessa forma, compreendemos o sentido de complementaridade das abordagens, no entanto, para o objeto deste estudo, o método qualitativo permite uma aproximação mais realista.

Demo (1995) caracteriza a avaliação qualitativa como método capaz de livrar os resultados de interpretações enganosas baseadas em aparências quantitativas. A pesquisa qualitativa é capaz de atingir um conhecimento aprofundado do assunto em questão, transcendendo a superficialidade de dados meramente estatísticos, que comumente mascaram a realidade, permitindo ao pesquisador uma visão humana ampla e realista do objeto.

Assim, na abordagem qualitativa, “o significado é o conceito central de investigação” (MINAYO, 1998 p. 23). Interessa como a pessoa se sente com relação a determinada questão, o significado cultural, as crenças populares, ou seja, o pesquisador qualitativo ocupa-se em abordar um determinado assunto sob a perspectiva de quem vive essa realidade, buscando desvelar aspectos humanos, como sentimentos, percepções, a cultura dessa mesma realidade.

Canesqui (2003) complementa:

Este nível comporta significados, motivos, aspirações, crenças e valores, expressos na linguagem da vida cotidiana e, bem se aplicam aos estudos de pessoas afetadas por doenças e a grupos determinados, historicamente situados (CANESQUI, 2003 p. 113).

Na abordagem qualitativa, pode-se destacar diversas metodologias, dentre as quais a eleita para este estudo foi a etnografia, pois se apresenta como mais adequada, uma vez que o objetivo é analisar as repercussões das DORT entre servidores públicos municipais, e essas repercussões são determinadas culturalmente.

O emprego da metodologia etnográfica é oriunda das pesquisas antropológicas sobre os estilos de vida de grupos humanos em diversos lugares do mundo. A etnografia estuda as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade buscando descobrir a forma como eles as percebem (HAGUETTE, 1997). É um método que consiste em observar as exigências humanas e tentar mostrar que esses aspectos são universais (GEERTZ, 1989). Trata-se, portanto, de descrever e analisar as experiências culturais de determinado povo, envolvendo os diferentes aspectos da vida em comunidade.

Para Bastos (2001), a etnografia é a busca de aspectos intrínsecos de uma cultura e suas relações do ponto de vista dos nativos (informantes). E complementa:

A etnografia é o trabalho de descrição de uma cultura a partir da visão de mundo do nativo dessa cultura. Assim, a etnografia busca a compreensão do significado de ações e eventos para os participantes, significados esses expressos através da linguagem ou indiretamente através de ações, constituindo-se num sistema de significados complexos (BASTOS, 2001 p. 164).

O conhecimento acerca dos usos e costumes com relação à doença favorece a compreensão do impacto da DORT na vida do trabalhador no âmbito profissional, pessoal e social. Uma reflexão acerca de métodos de educação em saúde e promoção da saúde do trabalhador pode ser feita de forma mais aprofundada, se embasada pelo aspecto cultural.

Essa descrição não é absolutamente neutra, uma vez que a realidade é filtrada pelo pesquisador que agrega a ela suas experiências e significados. Elsen e Monticelli (2003) afirmam:

Mais do que traduzir a cultura nativa para a disciplina, o ato de escrever realiza uma interpretação, balizada pelas categorias ou pelos conceitos básicos constitutivos da disciplina (ELSEN & MONTICELLI, p. 195, 2003).

Ao descrever a cultura, o etnógrafo é afetado pelo objeto, apreende significados e transforma-se, uma vez que passa a ter uma outra visão sobre essa realidade. Assim, a descrição etnográfica é caracterizada por ser interpretativa, analisando o discurso social impregnando-o de aspectos científicos (GEERTZ, 1989). Magnani (2002) complementa:

O pesquisador não apenas apreende o significado do arranjo nativo, mas ao perceber o significado e conseguir descrevê-lo agora nos termos (dele, analista), é capaz de atestar sua lógica e incorporá-la de acordo com padrões de seu próprio aparato intelectual e até mesmo de seu sistema de valores (MAGNANI, p. 16, 2002).

Já em 1976, Malinowski entendia essa interferência da subjetividade do pesquisador como elemento marcante nos trabalhos etnográficos, conferindo maior riqueza de informações (MALINOWSKI, 1976). O etnógrafo utiliza, em sua pesquisa, métodos como a observação participante e a entrevista com o intuito de ouvir o informante e extrair seus dados a partir do discurso e visão de mundo. Esse objetivo pode ser alcançado seguindo-se três diferentes caminhos: o delineamento da organização do grupo e caracterização da cultura, a descrição dos tipos de comportamentos e a coleção de narrativas (MALINOWSKI, 1976).

## 4. CAMINHAR METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, uma vez que, neste método, se busca desvendar o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores de determinada população (Minayo, 1994). Nesta dimensão, visou-se a identificar e descrever atitudes, crenças e valores dos trabalhadores com relação às DORT e sua prevenção de forma a intervir na realidade estudada.

Haguette (1997) lembra que, para os pesquisadores qualitativos, há uma maior relevância dos aspectos subjetivos em relação aos quantitativos, quando se analisam os fenômenos sociais. Assim, o interesse deste trabalho não é quantificar as DORT entre servidores municipais, mas descrever a forma como eles vivenciam a experiência dessa doença em suas vidas.

As DORT apresentam características complexas as quais demandam estudos baseados na ciências humanas e sociais aplicadas à saúde. SATO (2001) defende a importância de se incorporarem categorias antropológicas, sociológicas e psicossociais visando a aprofundar o entendimento dessa doença.

O espaço da pesquisa foi a clínica de fisioterapia do Instituto de Previdência do Município (IPM). O prédio definitivo encontrava-se em reforma no momento da coleta de dados e ainda não foi reinaugurado. O IPM é um órgão da prefeitura de Fortaleza que presta serviço de perícia e assistência médica a servidores municipais de diversas categorias e a seus dependentes.

A escolha do IPM como local da pesquisa deveu-se ao fato de atender uma clientela de profissionais de diversas ocupações, como professores, digitadores, guardas, profissionais de



saúde, entre outros, que pode fornecer condições satisfatórias para a realização do estudo tanto do ponto de vista de acessibilidade aos informantes, como espaço físico adequado.

Contando com quatro fisioterapeutas e quatro estagiários, a clínica de fisioterapia do IPM atende a uma média de cinquenta clientes por dia, distribuídos nos turnos da manhã e tarde. Foi realizada uma visita precursora no mês de novembro de 2003, a qual mostrou que uma parcela significativa desses atendimentos destina-se ao tratamento de DORT. Ainda durante essa visita, houve contato com a Fisioterapeuta responsável pelo setor que se mostrou receptiva à realização da pesquisa.

Apesar dessas condições favoráveis, a experiência no campo apresentou certas dificuldades. A primeira delas foi quanto ao acesso aos clientes com DORT, pois dos prontuários, uma vez que poucos eram diagnosticados dessa forma; outro problema encontrado foi o fato de que alguns clientes, claramente acometidos por uma DORT, não relacionavam os sintomas com o trabalho, ou não eram servidores municipais, excluindo-se, dessa forma, de serem informantes deste estudo.

Os informantes da pesquisa foram servidores municipais da ativa, acometidos por doença osteomuscular relacionada com o trabalho em atendimento fisioterapêutico na clínica do Instituto de Previdência do Município (IPM). A escolha dos sujeitos seguiu as orientações propostas por Johnson (1990), pelas quais os informantes são selecionados de acordo com atributos, como acesso à informação específica, experiência pessoal sobre determinado assunto ou compreensão do legado cultural. Assim, a posição dos sujeitos como trabalhadores acometido por DORT, a vida em família, o trabalho, suas expectativas e medos com relação à doença fazem com que tenham experiências a relatar a respeito das DORT.

Participou da pesquisa um total de nove servidores: três homens e seis mulheres. As profissões foram variadas: um funcionário da usina de asfalto, quatro agentes administrativos e quatro professores. A faixa etária variou entre 40 e 57 anos; esse limite não foi pré definido, refletindo uma demanda espontânea da clientela do IPM. Um estudo piloto, realizado com clientes mais jovens, mostrou-se ineficiente, pois eles não relacionavam a doença com a atividade de trabalho, mas com outros fatores, como acidentes e esportes.

A seleção inicial dos informantes ocorreu por meio da observação, já que a entrada no campo ocorreu com um espaço de aproximadamente um mês antes do início das entrevistas. Durante o mês de abril, as observações e anotações em diário de campo permitiram uma seleção prévia dos informantes, que, em seguida, foram esclarecidos sobre o estudo e convidados a participar.

Os informantes foram esclarecidos sobre a natureza, objetivos e relevância do estudo, assinando o termo de consentimento da pesquisa, o qual está de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos a qual garante ao participante da pesquisa dentre outros direitos: receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de sua participação; retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarrete em penalidade de qualquer espécie; receber garantias de que não haverá divulgação do nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco a privacidade e o anonimato; acesso às informações sobre os resultados do estudo. Assim, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com humanos da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, tendo sido aprovado sem restrições (Anexo).

Com o intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, eles serão indicados apenas como trabalhador, numerado de acordo com a ordem da entrevista. Optamos por essa denominação por ser uma forma de resgatar a identidade desses sujeitos enquanto trabalhadores. Segue uma caracterização de cada trabalhador entrevistado:

**Trabalhador 01:** 46 anos, casado, pai de dois filhos, possui carga de trabalho de aproximadamente 12 horas, tem cargo administrativo na Autarquia Municipal de Trânsito (AMC) no primeiro expediente; atua como professor de Matemática em escola estadual em Maracanaú no período noturno. Está em tratamento fisioterapêutico devido a uma lombalgia, aparenta muito abatido e preocupado, trabalha em escritório sob rotina desgastante, enfrentando concorrência com colegas bem mais novos, que, segundo ele, “nunca ficam doentes”. É o único que tem renda em casa, preocupa-se em manter o padrão de vida da família, mas tem muito medo de não poder prover tais necessidades. Esteve de licença do trabalho na prefeitura por 30 dias; ao retornar foi informado de que perdera uma chefia, e conseqüentemente R\$ 600,00 no salário. Durante a licença e atualmente, fica mais tempo em casa, mas relata que é como se não estivesse, pois fica sempre isolado da família, sem diálogo com os filhos, só pensando na doença. Tem tido uma evolução lenta, porém não acredita na sua reabilitação plena.

**Trabalhador 02:** 46 anos, casada, duas filhas, professora de Matemática sofre; por não poder cuidar da menor, pois não consegue arrumá-la devido as dores no braço. Recupera-se de tendinite do supra espinhoso bilateral, apresentando boa evolução; chega, inclusive, a pensar em abandonar o tratamento e voltar ao trabalho, porém o

medo de uma recidiva a fez mudar de idéia. É muito preocupada com o fato de seus alunos estarem sem aula durante o seu tratamento, pois a Prefeitura não contrata professores substitutos nesses casos.

**Trabalhador 03:** 49 anos, casado, quatro filhas, trabalhador de campo da usina de asfalto da Prefeitura. Apresenta cervico-braquialgia devido ao grande esforço muscular exigido no trabalho e uso de posturas e ferramentas inadequadas. É evangélico e, por sua fé, afirma não ter medo de doença nenhuma, comenta o alcoolismo de seus colegas; refere-se ao perigo para toda a equipe devido à manipulação de asfalto derretido a altas temperaturas. Diz pertencer a uma classe muito explorada, pois muitos trabalhos são feitos para beneficiar, politicamente, um vereador ou um secretário e, em troca, recebem apenas uma refeição extra. Com a doença, criou um mecanismo de defesa: chega um pouco mais tarde à fisioterapia; assim, pode assinar o ponto mais tarde, trabalhando alguns minutos a menos, pois acredita que, dessa forma, o tratamento é mais eficaz.

**Trabalhador 04:** 53 anos, casada, professora de Matemática há 25 anos, “conta os dias em que dará entrada nos papéis da aposentadoria, pois já chegou a seu limite”. Fumante, não consegue mudar esse hábito. Afirma estar insatisfeita com o trabalho de professora, pois “os alunos de hoje estão muito mal educados; recorda com saudade, um tempo em que os alunos respeitavam os professores e se dedicavam mais aos estudos”. Sua maior queixa é não poder vestir-se sozinha devido a fortes dores no ombro direito. Está em tratamento devido a uma lesão do manguito rotador do ombro

direito. Atribui a dor ao exercício repetitivo de escrever no quadro, pois, segundo ela, “matemática só se ensina escrevendo muito”.

**Trabalhador 05:** 55 anos, casado, professor de Ciências e Matemática. Espírita, acredita que o sofrimento é uma condição própria do ser humano; assim, aceita, com naturalidade, a doença. Está de licença para tratamento de tendinite do supra-espinhoso à direita, mas retornará dentro de poucos dias ainda com dores no ombro. Comenta sobre as péssimas condições de trabalho para o professor da rede municipal, pois o quadro negro é irregular, obrigando a usar mais força no braço; falta de segurança para professores e alunos; baixa remuneração. Afirma estar sendo impedido pela doença de realizar diversas atividades domésticas, o que está provocando sobrecarga de trabalho para sua companheira. Sua principal queixa é não poder segurar a neta no colo devido à lesão.

**Trabalhador 06:** 44 anos, solteira. Trabalha na prefeitura como agente administrativa há 23 anos; afirma com orgulho: “sou do tempo da máquina de escrever”. Sente-se penalizada por não poder trabalhar com digitação, pois apresenta epicondilite lateral em grau bastante avançada com limitação funcional bastante intensa, o que a impede de realizar tarefas simples, como abrir uma porta, alimentar-se. Não apresentou evolução satisfatória com o tratamento clínico nem com o fisioterapêutico, estuda a possibilidade de submeter-se a cirurgia.

**Trabalhador 07:** 53 anos, divorciada, um filho, professora, bastante engajada na formação de seus alunos; acompanha o seu desenvolvimento junto às famílias, não

limitando suas atividades apenas à sala de aula, diz ter dificuldades em manter o mesmo ritmo de trabalho devido à doença. Está em tratamento devido a uma lesão no ombro, ainda não completamente esclarecida. Parece bastante revoltada com a equipe, acredita que a doença se agravou devido a um erro médico no diagnóstico. Reclama da falta de empatia e interesse dos colegas com relação a sua doença.

**Informante 08:** 40 anos, divorciada, um filho, agente administrativa há 20 anos. Está sob licença médica para tratamento devido a uma epicondilite lateral à direita; queixa-se de estar realizando trabalho dobrado, pois a repartição em que trabalha está em fase de informatização; assim, em um turno, trabalha em um setor e no outro, repete toda a tarefa em um outro banco de dados. Refere que, após essa dupla jornada, começou a sentir dores nos punhos e cotovelos, chegando “ao ponto de mal poder se alimentar”, sofre ainda com a discriminação por parte da chefia, que não permite a realização de pausas para os alongamentos musculares recomendados pelo Fisioterapeuta.

**Informante 09:** 57 anos, solteira, agente administrativa, foi chefe em um posto de saúde durante oito anos, onde escrevia e digitava bastante; hoje, devido à lesão do ombro, cotovelo e punho direitos, perdeu a funcionalidade da mão. Sente-se muito envergonhada da doença, pois não aceita ter perdido os movimentos, aparentemente sem uma razão específica, de forma tão banal. Durante a entrevista, chorou várias vezes, queixando-se do fato de ter trabalhado tanto e ,agora, não ser reconhecida.

A coleta de dados aconteceu, inicialmente, pela observação e anotação em diário de campo. Nessa fase procurei me aproximar dos clientes, integrando-me à rotina do setor com o objetivo de conquistar a confiança e colaboração para o estudo e

proceder à observação que forneceu, inclusive, subsídios para a elaboração das entrevistas.

A coleta de dados teve duração de cinco meses, no período de abril a agosto de 2004, ocorrendo por meio de duas técnicas: a observação registrada em diário de campo e entrevistas gravadas e transcritas para efeito de análise.

Helman (2003) define a observação participante como o convívio com um grupo de pessoas, aprendendo a ver o mundo através de sua perspectiva, porém sem perder o caráter científico do pesquisador.

Assim, a observação objetivou o registro de forma mais descritiva do cotidiano do trabalhador com DORT. Nesse momento, a idéia central foi registrar, por meio do diário de campo, de forma descritiva e reflexiva, fatos como a maneira de o cliente se portar em sua condição de trabalhador acometido por DORT. A importância desta técnica reside no fato de permitir ao pesquisador captar uma série de dados que não são facilmente obtidos por meio de entrevistas, uma vez que expressam a subjetividade do pesquisador com relação ao fenômeno (MINAYO, 1998).

É particularmente importante esse tipo de registro em estudos com abordagens etnográficas, pois facilita a captação de dados no momento em que ocorrem, possibilitando uma análise posterior:

O etnógrafo “inscreve” o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente (GERRTZ, 1989 p. 29).

No caso específico da etnografia, a entrevista permite ao pesquisador ouvir o informante e a observação fornece a ele dados que viabilizam a obtenção de respostas para suas indagações, como esclarecem Elsen e Monticelli (2003):

O ouvir, tal qual o olhar, não é um escutar qualquer, mas permanece eivado de significação, principalmente para permitir compreender o outro. Para ouvir é preciso haver um diálogo, ou seja, uma relação dialógica que cria um espaço semântico partilhado por ambos interlocutores (o genuíno encontro etnográfico) (ELSEN e MONTICELLI, 2003 p. 194).

Haguette (1997) define “como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1997 p. 86). Minayo (1998) complementa, afirmando que a entrevista pode ser “entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos” (MINAYO, 1998 p. 57). Dessa forma, a entrevista constitui-se em importante técnica de coleta de dados qualitativos; no caso desse estudo, o intuito da conversa é descobrir aspectos sociais e individuais que afetam o sujeito acometido por DORT.

Dessa forma, ao entrar no campo procurei interagir com as pessoas em atendimento fisioterapêutico. Havia momentos em que apenas ouvia conversas, em outros participava, de modo que percebi com o passar dos dias que minha presença lá já era comum, conquistando a confiança dos clientes, possibilitando a realização das entrevistas.

Dentre as modalidades de entrevista, a eleita para essa pesquisa foi a entrevista aberta, com questões norteadoras, em que o entrevistado fala livremente acerca do tema proposto (MINAYO, 1998; TRIVIÑOS, 1997).

As entrevistas foram agendadas com os informantes e ocorreram no próprio prédio do IPM. Os locais das entrevistas foram consultórios desocupados, que permitiram total privacidade ao entrevistado. O instrumento de coleta foi aplicado a partir de questões norteadoras: Como você se sentiu diante do diagnóstico? O que a



doença mudou em sua vida? Como você percebe os outros com relação a isso? Qual seu maior medo e esperança?

A princípio, essas perguntas norteadoras abrem a discussão sobre o tema, englobando a questão pessoal acerca da doença e suas implicações. A partir dessas indagações iniciais, pretendeu-se alcançar um diálogo livre em que os fatores culturais envolvidos no adoecimento por DORT se fizessem notar.

A fase de análise dos dados constitui-se o momento mais importante da pesquisa, pois é quando as inferências acerca do objeto são elaboradas, esclarecendo (ou não) o que se propôs no início da pesquisa. Sua finalidade é, portanto, estabelecer uma compreensão dos dados, confirmar ou negar os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas, ampliando o conhecimento sobre o objeto de estudo (MINAYO, 1998).

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (1977), como um conjunto de técnicas de análise do discurso de um informante possibilitando por essa interação, o embasamento de inferências acerca de determinado assunto, do qual o informante é conhecedor.

Assim, esse método apresenta-se coerente com o objeto de estudo, uma vez que os dados são oriundos do discurso de cada trabalhador e do que se deseja elucidar: o conteúdo cultural de cada fala.

Os dados foram organizados de acordo com três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 1977). Durante a organização do material, as anotações do diário de campo resultantes da observação foram adicionadas ao conjunto dos dados e embasaram as conclusões.

## 5. DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

Pela observação no campo da pesquisa foi possível constatar a grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde em identificar, de forma clara e eficaz, as DORT, fato que pode ser explicado pela complexidade da doença e subjetividade dos sintomas, o que demanda grande atenção por parte do profissional durante a anamnese e exame físico. Alguns descreviam determinado caso clínico afirmando “que não era DORT, e, sim, tendinite”. Na realidade, a tendinite é uma alteração patológica do grupo das DORT; a história do paciente é que vai fazer o diagnóstico diferencial.

Essa dificuldade pôde ser observada, também, nos prontuários, pois diversos clientes em atendimento, com história e clínica compatível com DORT, não tinham esse diagnóstico relatado. Na prática, só são considerados doença profissional pela Previdência Social casos relatados pelo perito, sendo este fato grande indutor de subnotificação das doenças do trabalho (WUNSCH FILHO, 2000). Esse fato abre a discussão para dois aspectos. O primeiro é problema da subnotificação dos casos de DORT e o segundo é do desrespeito aos direitos do trabalhador.

A formação acadêmica, não apenas do Fisioterapeuta, mas dos profissionais de saúde de maneira geral, fortemente influenciada pelo paradigma biomédico predominante, centralizado na técnica em detrimento do valor humano, contribui para essa dificuldade diagnóstica. A hipervalorização de métodos diagnósticos complementares dificulta o esclarecimento de doenças como as DORT, fortemente influenciadas pela experiência do sujeito doente, que, em fases iniciais, costumam não

apresentar alterações significativas em tais métodos. Apesar de subclínica, a doença existe e causa alterações subjetivas que não deveriam ser desprezadas.

A subnotificação pode acarretar erros de planejamento estratégico das ações de prevenção, uma vez que as estatísticas podem não ser realistas. Dessa forma, torna-se urgente a elaboração de um protocolo de diagnóstico e notificação eficiente dos casos com o intuito de se preservar e promover a saúde ocupacional.

O fato de não relatar o diagnóstico de DORT representa grande prejuízo legal e previdenciário ao cliente, uma vez que é preciso esse atestado para se ter acesso às garantias trabalhistas cabíveis nos casos de acidente do trabalho, como esclarecem Cizeski e Benhossi (2004):

O art. 19 da L. 8.213/91 define Acidente de Trabalho como sendo:

“[...] o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (CIZESKI e BENHOSSI, 2004 p. 32).

Assim, pode-se enquadrar as DORT como acidentes do trabalho, uma vez que o trabalhador adoece em decorrência da atividade laboral. Essa caracterização e notificação através de uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) asseguram legalmente ao trabalhador alguns direitos, “não podendo o empregador convocá-lo para realocá-lo, submetê-lo a exame médico, ou qualquer outro interesse da empresa” (RIBEIRO, 1997 p. 48).

No entanto essa lei vem sendo desobedecida impunemente através da não emissão da CAT, ficando o trabalhador desamparado legalmente na prática. Essa realidade é reforçada por uma política organizacional de culpabilização da vítima, que

exime o empregador da responsabilidade de manter um ambiente de trabalho seguro e saudável. No Brasil, esse paradigma centrado na culpa da vítima vem sendo perpetuado e parece bastante conveniente para esconder as verdadeiras causas de tais ocorrências (VILELA et al, 2004).

Cabe uma reflexão a respeito da denominação Acidente do Trabalho, pois o termo parece simplista, não refletindo a realidade. No dicionário (FERREIRA, 1986), consta a seguinte definição:

Toda lesão corporal ou perturbação funcional que, no exercício ou por motivo do trabalho, resultar de causa externa, súbita, imprevista ou fortuita, determinando a morte do empregado ou a sua incapacidade para o trabalho, total ou parcial, permanente ou temporária (FERREIRA, 1986 p. 30).

Essa denominação é contraditória, pois considerar as DORT como um evento causal imprevisto é abandonar toda a idéia de ergonomia e a possibilidade de construção de um modo de produção sadio. Essa concepção desconsidera a perspectiva multifatorial dos acidentes do trabalho em nome de um evento casual.

Caracterizar o surgimento das DORT como um evento único, provocado ao acaso, significa isentar o empregador de qualquer responsabilidade e creditá-la integralmente ao trabalhador. No entanto, essa denominação é importante, pois possibilita amparo legal ao trabalhador acometido. Na prática, essa cultura de tratar as doenças do trabalho como acidentes penaliza ainda mais o trabalhador, atribuindo-lhe toda a culpa pelo ocorrido, uma vez que é defendida a idéia de que o funcionário é o único responsável pelo seguimento das normas de segurança estabelecidas pela empresa.

A concepção de acidente do trabalho como evento imprevisível é falsa, atendendo muito bem aos interesses do empregador em detrimento do funcionário, porque há inúmeros outros fatores envolvidos na segurança e saúde ocupacional. Vilela et al (2004) analisam essa questão:

[...] pode-se afirmar que predomina, no Brasil e no mundo, a compreensão de que o acidente é um evento simples, com origens em uma ou poucas causas, encadeadas de modo linear e determinístico. Sua bordagem privilegia a idéia de que os acidentes decorrem de falhas dos operadores (ações ou missões), de intervenções em que ocorre desrespeito à norma ou prescrição de segurança [...] (VILELA et al, 2004 p. 571).

Assim, observa-se a importância de uma visão abrangente na promoção da saúde do trabalhador, como na garantia de seu amparo legal e de tratamento digno em caso de adoecimento. Vale ressaltar a importância da responsabilidade compartilhada entre empregadores e funcionários na formação de um ambiente de trabalho onde as doenças ocupacionais possam ser evitadas e suas conseqüências minimizadas.

Nesse contexto nota-se a importância da educação em saúde no posto de trabalho, pois com ações educativas é possível criar condições para a promoção da saúde do trabalhador, com a participação e conscientização de funcionários e chefia, responsabilizando-se cada um pela construção de um ambiente de trabalho saudável.

Pude observar, ainda, certa dificuldade de acesso dos funcionários ao atendimento fisioterapêutico. O IPM adota um sistema informatizado, impessoal de agendamento de consultas, através de um número de telefone, burocratizando o serviço. Através desse sistema, o servidor só tem acesso ao tratamento fisioterapêutico após marcar pelo telefone. O problema é que a demanda é muito grande, o que faz acontecer verdadeiros absurdos, como, por exemplo, o usuário aguardar até trinta dias pelo atendimento. Houve casos em que o funcionário passou o período de licença

aguardando vaga e, quando, finalmente, a conseguiu não pôde realizar o tratamento, pois precisou retornar ao trabalho, mesmo com os sintomas ainda presentes.

Esse fato causa verdadeira revolta entre os usuários, que alegam pagar por um serviço e, quando precisam, há grande dificuldade de acesso. Dessa forma, a estrutura do IPM poderia ser melhor aproveitada com medidas humanizadas de atendimento que garantam acesso a todos. Porém, essa realidade ilustra as políticas públicas de saúde no Brasil.

O modelo de assistência pública de saúde no Brasil remete ao período das últimas décadas do século XIX, como forma de manutenção da estrutura agroexportadora na qual se baseava a economia da época.

A razão fundamental das campanhas que se iniciavam não era o alívio das doenças da população, mas os interesses da burguesia agroexportadora: manutenção do fluxo comercial e a continuidade da vinda de mão-de-obra estrangeira (VASCONCELOS 2001 p. 84,).

Assim, observa-se um direcionamento das políticas públicas de acordo com interesses da classe economicamente favorecida em detrimento da população de trabalhadores. As decisões no campo político se mostram excludentes e ineficazes do ponto de vista da população, pois se constituem em medidas paliativas para os problemas, deixando, assim, uma lacuna nas áreas de segurança, educação e saúde públicas.

A área da saúde pública especificamente foi marcada pela adoção de intervenções meramente assistencialistas, ou campanhas para controle de doenças endêmicas, chegando a haver uma intervenção do Estado no sentido de garantir a adesão popular. Essa posição do estado como responsável pela condição de saúde demonstra o paternalismo praticado pelo governo em sua política pública, consolidando, dessa forma, o modelo médico-assistencial.

Como característica principal desse modelo adotou-se a medicina curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de ações relevantes de promoção e educação em saúde. Essa política, característica de um período de grandes avanços tecnológicos, marca a assimilação de tecnologias sofisticadas no campo da saúde e a especialização técnica do atendimento, aumentando os custos e dificultando o acesso.

O paradigma médico assistencial privatista chega à década de 80 em decadência, juntamente com a profunda crise da Previdência Social, sem solucionar a maioria dos problemas de saúde da população (MENDES, 1995). A atenção curativa, em que há valorização excessiva de recursos tecnológicos, aumenta muito os custos da saúde, contribuindo para aumentar a crise no setor e causar, ainda mais, insatisfação no usuário.

A ineficiência desse modelo marca a necessidade do surgimento de um novo paradigma de atenção à saúde. A década de 80 foi marcada pelo período de redemocratização do país caracterizada por uma profunda crise econômica, recebendo a denominação de “década perdida” do ponto de vista do desenvolvimento econômico (MENDES, 1995). No entanto, a redemocratização trouxe a esse período mudanças sociais profundas, que se refletiram durante toda a década de 80 e 90, viabilizando a participação popular nas políticas públicas.

Era urgente a adoção de um modelo de política de saúde capaz de solucionar os problemas da população, com abrangência maior, baseado na atenção primária. Diversos programas foram implantados e substituídos durante toda a década de 80, influenciados pelas conferências de saúde no âmbito nacional e internacional,

chegando à constituição de 1988 com características de uma nova lógica organizacional (MENDES, 1995).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco fundamental na política de saúde pública brasileira, pois é concebido como um sistema descentralizado, prestador de assistência integral e com participação comunitária.

No entanto, apesar de ter uma concepção moderna, realista sobre a saúde pública, seu o funcionamento pleno vai de encontro aos interesses neoliberais, que influenciam fortemente as políticas sociais brasileiras. Dessa forma, o SUS, apesar de ser um modelo de atenção democrático, popular e mais próximo do que se entende, hoje, como política de saúde pública, não está funcionando plenamente. O motivo dessa inoperância é o jogo de interesses, o favorecimento da classe dominante por parte de governo.

No contexto da saúde do trabalhador, pouco tem sido feito no sentido de garantir direitos, melhorar as condições de vida; portarias reguladoras do Ministério do Trabalho, na prática, não são seguidas; não há um programa de saúde do trabalhador em âmbito nacional. Refletindo na grande demanda de serviços para essa população.

A análise das entrevistas possibilitou identificar quatro grandes categorias temáticas: perceber-se doente; reações frente ao diagnóstico e tratamento; repercussões da doença em seu cotidiano; vivência das relações interpessoais com a doença.



### **CATEGORIA I: Perceber-se doente.**

Através das falas dos entrevistados e das observações de campo, foi possível apreender uma trajetória frente à doença osteomuscular relacionada com o trabalho comum. Os trabalhadores procuram ignorar o surgimento dos primeiros sintomas. Como normalmente não se detecta nenhuma alteração externa, acreditam ser algo passageiro, sem importância. Apenas quando a doença interfere na realização das atividades diárias é que o trabalhador começa a se preocupar com o caso.

Essa resistência frente ao surgimento da doença é uma tentativa de negá-la, como uma defesa, uma vez que, na sociedade contemporânea, estar doente significa inaptidão para o trabalho, incapacidade de produzir, logo um sujeito sem valor, como revela Nardi (1998):

Isto por que o trabalho adquiriu, em nossa sociedade, um valor com contornos sacralizados e sacrificiais; sacralizado por comportar valor moral, qualificando como honestos e valorosos aqueles que trabalham e desonestos e sem valor aqueles que não o fazem; sacrificial por que, em seu nome, em nome da “produção”, milhares de trabalhadores adoecem e morrem submetidos a condições perigosas e insalubres (NARDI, 1998 p. 101).

Essa concepção de saúde e doença vinculada a capacidade de produzir é um reflexo da economia capitalista que reduz o homem a uma máquina cuja única função é a produção. A idéia de se atribuir valor ao homem determinado pela sua capacidade de produzir é bastante difundida na sociedade contemporânea. O início da DORT é, portanto, ignorando em nome da manutenção da identidade do trabalhador como sujeito de valor e de seu sustento.

Como é possível observar nas falas abaixo, os trabalhadores costumam não considerar importantes os primeiros sintomas de DORT:

*“[...] eu não era impedido de fazer nada, sentia só pequenas dorezinhas na coluna, mas botava um gelo, passava e continuava [...]” T1*

*“Era só como assim, aquele cansaço no braço. Já chegou várias vezes eu começava a escrever no quadro, quando eu levantava o braço dava vontade soltar o giz de uma vez, certo? Cair e eu achei que não era nada, eu achava que era tipo, cansaço, a gente acha que tá cansada, não dormiu” T2*

*“ [...] comecei a sentir cansaço no meu braço e passei a trabalhar depois, mesmo sentindo, e com o tempo eu senti necessitar de médico, [...] T3*

*“ [...] eu sentia, eu tinha sintoma, mas a gente passa qualquer massagem, comprimido não ligava, certo? Aí eu tomei foi um susto, foi um impacto muito grande quando de repente [...]”. T4*

Pode-se explicar esse fato, também, pelo pensamento de Canguilhem (2000) sobre a saúde e a doença, para quem esta é, ao mesmo tempo, privação e reformulação. Dessa forma, entende-se que os trabalhadores, conscientemente ou não, reorganizam suas vidas de acordo com determinada limitação imposta pela doença e seguem suas atividades. Assim, a sintomatologia está dentro dos limites considerados normais pelo sujeito.

Seguindo esse pensamento, enquanto o indivíduo é capaz, de alguma forma, de se adaptar a novas realidades (limitações) impostas, ele não se percebe doente, chegando mesmo a aceitar determinado sintoma como natural, em decorrência de sua profissão. É interessante observar a construção e vivência prática desse conceito, a

valorização da saúde nesses indivíduos é permeada pela capacidade produtiva, fruto do pensamento e do modo de produção capitalista.

Além do fato de estar doente ser carregado de sentido negativo, para o indivíduo significa negar sua capacidade de adaptação. Por isso, quando é capaz de superar a limitação, mesmo que traga conseqüências perigosas, o trabalhador recebe uma distinção de valor. Não é raro presenciar comentários do chefe sobre um funcionário do tipo: “Esse rapaz veste mesmo a camisa da empresa; mesmo estando doente, nunca falta”. Fica claro o peso valorativo impresso ao trabalhador, uma espécie de prêmio pela sua dedicação.

Tive a oportunidade, em determinada empresa, de presenciar o comentário da chefe do setor de recursos humanos, que, por ironia, naquele estabelecimento, tinha a denominação de setor de desenvolvimento humano: “Esta, sim, é uma boa profissional, responsável, não quer sair de licença de modo algum”. A questão era que a tal funcionária apresentava uma alteração uterina que provocava episódios freqüentes de hemorragia, desmaios e fortes dores de cabeça. O medo de perder o emprego a fazia submeter-se, irresponsavelmente, a continuar trabalhando.

Essa situação mostra o paradoxo que orienta as relações de trabalho, por expor-se irresponsavelmente a um alto risco, a funcionária recebe de sua chefe uma distinção de valor. O que chama a atenção nessa história é o fato de ter ocorrido em um setor responsável pelo desenvolvimento humano, apesar da demonstração de desprezo pela vida da funcionária, em nome da produção. Assim, a organização atual do trabalho, ao mesmo tempo em que provoca o dano, oferece recompensa aos que resistem e continuam trabalhando e condena os que não suportam a doença e procuram tratamento ou licença.

No entanto, com o agravamento do quadro, quando o trabalhador se torna incapaz de se adaptar, perde também esse conceito de valor positivo, passando a sofrer preconceito e discriminação, sendo apontado como preguiçoso, aproveitador.

Como mudança dessa realidade, surge a perspectiva de um controle maior desse processo por parte dos trabalhadores, pois a organização e divisão de tarefas, tempo, espaço são da maior relevância na aquisição da qualidade de vida no trabalho (LACAZ, 2003).

O mesmo autor complementa:

Estamos entendendo a noção de controle como a possibilidade de os trabalhadores conhecerem o que os incomoda, o que os fazem sofrer, adoecer, morrer e acidentar-se, e de interferir em tal realidade. Controlar as condições e a organização do trabalho implica, portanto, a possibilidade de serem sujeitos na situação. E o exercício do controle tem tanto uma face objetiva (poder e familiaridade com o trabalho) como subjetiva, ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do trabalho (LACAZ, 2003 p. 418).

Essa maior participação no processo é uma forma de humanização e promoção da saúde, uma vez que proporciona um diálogo entre as classes envolvidas visando à melhoria das condições de vida do trabalhador. É nesse contexto que a educação em saúde se torna o arcabouço teórico para tais transformações. Essas mudanças são urgentes, pois evitar doenças não é suficiente; é preciso um ambiente humanizado, onde os trabalhadores adoecidos possam ter um tratamento digno.

A iniciativa de algumas empresas, como a implantação de programas de qualidade de vida, acabam não funcionando com esse intuito, mas como um mecanismo de dominação do trabalhador e de controle da produção. Na maioria dos casos, esses programas excluem totalmente a participação dos funcionários durante a

elaboração e planejamento, em seguida são apresentados, de forma paternalista, como um presente da direção, um diferencial de empresa humanizada. Na realidade, é apenas uma forma de manter a motivação do funcionário e, assim, a alta produtividade, apesar da exploração, baixos salários, ambiente insalubre. Usa-se o rótulo da responsabilidade social como cortina de fumaça para garantir a manutenção do *status quo* de dominação e exploração.

As falas continuam ilustrando a resistência do trabalhador frente ao adoecimento:

*“[...] de uns seis meses pra cá eu comecei a sentir dor na articulação escápulo-umeral, dificuldade de elevar o braço, de fazer estes movimentos giratórios, de alcançar as costas, e a princípio eu não liguei, mas foi a intensidade da dor foi se acentuando, e eu diante disso procurei um clínico geral [...].” T5*

*“[...] essa dor ela começou em janeiro, e como todo brasileiro a gente relaxa, deixa passar um tempo e eu esperei até março para poder marcar uma consulta para o Doutor”. T6*

*“comecei a sentir e a dor foi prgressiva, ela foi aumentando, quando eu percebi que não era só um problema assim simples [...]”. T7*

*“[...] a partir daí eu sentia algumas dores, só que eu achava que não era nada de mais, era só cansaço”. T8*

*“Eu comecei tá mais ou menos com uns dois anos, e nesse período fui ficando o braço todo e meus dedos ficaram duros [...]”. T9*

Assim, a fase inicial, em que a evolução da doença pode ser contida e as ações preventivas mais eficazes, o trabalhador, apesar de sentir dor, não considera doença, pois é capaz de realizar suas tarefas cotidianas. Nesse estado, é praticamente

impossível motivar o trabalhador a participar de ações preventivas, uma vez que ele não associa a sintomatologia a nenhuma doença (OLIVEIRA, 1998). Essa realidade é reforçada pelo descaso das empresas, pois, uma vez que a produção não é afetada, não há motivos para se pensar em prevenção ou promoção de saúde. Ribeiro (1997) chama a atenção para essa realidade:

Prevê-se tudo nos projetos de produção e na produção, menos o que vai ocorrer com a vida e a saúde dos que trabalham. Quando os problemas eclodem e ameaçam a produção, aí sim, chega a vez de administrá-los (RIBEIRO, 1997 p. 31).

Para o trabalhador, o perceber-se e assumir-se doente, na sociedade contemporânea, é algo bastante complexo. Essa questão envolve valores e qualidades na sociedade capitalista que são permeados pela capacidade de produzir. Assim, estar com uma doença ocupacional, de imediato, significa não poder mais realizar determinada atividade da mesma forma; além disso, ao tornar sua doença pública, submete-se ao julgamento dos demais membros da comunidade; o medo de sofrer preconceito e discriminação, muitas vezes, é maior que a própria dor.

Diversas são as razões para que o indivíduo não comunique que está sofrendo: a forma como esse fato é recebido pelos demais componentes do grupo; o significado individual da dor: o fato de suportar a dor sem se queixar significa um sinal de caráter positivo, de virilidade (HELMAN, 2003). A dor pode permanecer privada, por exemplo, no caso em que o ato de torná-la pública significar algum tipo de prejuízo para o indivíduo, como no caso do trabalhador.

A dor pública implica em relação social, de qualquer duração entre a vítima e uma ou mais pessoas. A natureza dessa relação determinará se a dor será revelada em primeiro lugar, se a dor será revelada, como será revelada e a natureza da resposta a ela (HELMAN, 2003 p. 176).

Assim, a decisão de tornar a dor privada em pública é influenciada por diversos fatores, por exemplo, a intensidade percebida da própria sensação de dor, sendo que essa tolerância é também culturalmente construída (HELMAN, 2003). Comumente, a demora em tornar a dor pública, como no caso de pedir afastamento do trabalho, ou procurar ajuda médica, faz com que o tratamento seja dificultado e o prognóstico, obscuro provocando grandes repercussões para o trabalhador adoecido e para a Previdência Social.

Com a evolução do quadro, a dor persiste, e o trabalhador se vê obrigado a procurar o profissional de saúde. Muitas vezes, nessa fase, sua capacidade funcional já está afetada, podendo comprometer a produção. Nesse estágio, a empresa já se envolve no processo com dois objetivos muito claros: que o trabalhador volte a produzir da mesma forma o mais rápido possível, ou procurar a substituição do funcionário.

O trabalhador percebe essa realidade e, diante da possibilidade de perder o emprego, procura o socorro médico. É uma decisão difícil, pois para o trabalhador trata-se de revelar o sofrimento, demonstrando fraqueza e vulnerabilidade.

Em seguida, analisamos a questão da institucionalização da doença, ou seja, de quando ela passa de uma experiência própria do indivíduo para representar um conceito biomédico alheio ao doente, e seu sentimento frente ao diagnóstico e conduta médica.

## CATEGORIA II: Reações frente ao Diagnóstico e Tratamento

As DORT marcam a vida de quem as tem ou teve com o signo da capacidade de trabalho definitivamente comprometida (RIBEIRO, 1997 p. 46). As relações interpessoais são modificadas; os colegas e chefia, muitas vezes, não acreditam na doença, fazendo com que o trabalhador tenha que conviver com a dor e a desconfiança. Assim, o fato de deparar com uma doença faz com o trabalhador tenha reações diversas, como decepção, raiva, conformismo.

Há casos, dependendo da gravidade, em que os indivíduos manifestam sentimentos de desvalia, insegurança profissional, quadros depressivos e de revolta, com o próprio corpo (MERLO et al, 2001). Alguns trabalhadores chegam a demonstrar um verdadeiro sentimento de indignação, afirmando-se decepcionados ou frustrados com seu próprio corpo.

As falas dos trabalhadores ilustram melhor essa realidade:

*“Aí veio a decepção, de como ser humano, a idéia é que eu era de ferro, eu não ficava doente tá, e a gente se depara com uma situação que vê que é frágil, uma coisinha simples você tá imobilizado”.* T1

*“Me assustou, eu fiquei assustada, por que, como? Que eu não tinha dor no braço nem nada [...]”* T2

*“Disse “puxa”! foi tendinite né, bursite e tinha assim, dilaceramento de tendões, 8mm, como é que rompeu né?”* T4

*“Bem, eu aceitei normalmente, como uma imposição do cotidiano mesmo, por que a dor é uma coisa inerente ao ser humano, em qualquer profissão. Então, procurei me conformar, mas isso me afetou [...]”.* T5



*“[...] aí eu fiquei triste por que a minha vida é computador, adoro digitar, trabalho com isso há muito tempo [...]”. T6*

*“[...] a princípio eu fiquei muito aborrecida e considerei até negligência do médico, descaso mesmo [...]”. T7*

*“Ah, eu me senti assim arrasada, que eu nunca pensei de uma dor [...]”. T9*

Percebe-se em cada depoimento um traço de surpresa frente ao diagnóstico. No entanto, interessante é observar que essas pessoas já sentiam dores há bastante tempo, porém parece que a doença passou a existir somente após o laudo médico. O diagnóstico significa institucionalizar a doença; aquele estado subjetivo de sofrimento passa agora a ter um nome científico, um tratamento específico, normas e leis implicadas; há uma identificação com outras pessoas que sofrem o mesmo problema. Para o doente, o atestado médico é como um documento que mostra aos outros que ele não está mentindo, que seus sintomas podem ser explicados do ponto de vista biomédico.

Esse é um traço da cultura brasileira, fortemente influenciada pelo paradigma biomédico: o sujeito está doente ou sadio a partir do julgamento de um especialista no assunto. É como se o direito de estar doente ou não fosse concedido por um profissional técnico. O desprezo pela subjetividade é, portanto, um obstáculo a ser superado na conquista de relações humanizadas com relação à saúde e a doença.

O tratamento das DORT segue, comumente, dois caminhos: Inicialmente recorre-se a um analgésico paliativo; depois é-lhe concedida uma licença. Percebe-se não haver uma preocupação em proporcionar melhores condições de trabalho garantindo a integridade física e emocional do cliente.

As medidas paliativas têm um efeito tão danoso quanto a própria doença. Apesar de possibilitar o retorno do trabalhador a suas atividades o mais rápido, atendendo às exigências do capital, a causa da doença não foi em nada combatida; assim, o retorno precoce ao trabalho provoca um agravamento do quadro, chegando ao ponto em que os remédios não provocam mais a analgesia esperada e ainda repercutem efeitos iatrogênicos. Essa conduta dos profissionais de saúde é um reflexo da formação reducionista pela qual o corpo humano é visto como uma máquina, e o profissional, como o técnico responsável pelo conserto, mantendo-a sempre em boas condições de uso.

Os trabalhadores vivenciam o tratamento clínico e fisioterapêutico com um misto de esperança e descrença. Se, por um lado, vislumbram a possibilidade do seu restabelecimento pleno, por outro são penalizados por um sistema que não favorece tal perspectiva, pois sabem que, tão logo voltem a trabalhar, entrarão em contato novamente com os mesmos elementos que o fizeram adoecer, além do fato de que muitos concentram suas atividades para antes ou depois do atendimento fisioterapêutico, sobrecarregando a musculatura já lesionada.

Apesar das dificuldades, alguns trabalhadores evoluem satisfatoriamente com tratamento fisioterapêutico:

*“[...] pra mim o tratamento tá sendo ótimo por que tá mesmo me melhorando, meu físico mesmo, meu braço voltou ao normal, quase eu não tô sentindo dor[...]”.* T2

*“Eu espero que ela tenha uma regressão, eu estou na fisioterapia, já estou com uma melhora acentuada no esquerdo, mas a sobrecarga maior é no direito que é que eu escrevo né então, se eu pudesse mensurar em termo de porcentagem, eu melhorei*

*assim uns 30%, e espero que com a fisioterapia eu continue melhorando, até ficar bom mesmo”.T5*

*“[...] eu tenho que admitir que eu não estava acreditando no trabalho. Eu fiz as trinta primeiras sessões de fisioterapia e não tive nenhum resultado eu assim, descartei a fisioterapia como uma ajuda que nesse caso iria me ajudar, mas aí eu tive a sorte de passar para um outro grupo de profissionais que passaram a fazer um outro tipo de tratamento e tô sentindo que tá tendo avanços”. T7*

*“[...] o dia a dia eu fui melhorando, tô na 31ª sessão e eu achei fantástico opor que eu não me vestia só, se é que eu não viro ainda o braço pra atrás que o ombro não tem condições, mas a mão eu já tô até escovando os dentes sozinha, com dificuldade mas eu já tô, mas eu creio que eu não vou ter alta nem tão cedo”. T9*

O atendimento desses pacientes segue uma rotina praticamente específica no IPM. Após marcar consulta e passar pela triagem, o trabalhador inicia um protocolo de tratamento que consta, na fase inicial, de crioterapia por aproximadamente vinte minutos; cinesioterapia; eletroterapia analgésica com estimulação elétrica transcutânea; aplicação de ultra-som e finalizam a rotina com a termoterapia superficial. Com a evolução do quadro, novos exercícios cinesioterápicos são acrescentados, bem como alongamentos musculares.

Os recursos terapêuticos utilizados têm por finalidade promover a diminuição do quadro inflamatório, limitando, assim, a dor e os eventos secundários a inflamação, como edema e a limitação do movimento e favorecer a regeneração tecidual com aumento do aporte do fluxo sanguíneo (LOWS e REED, 2001).

Na fisioterapia, os recursos terapêuticos utilizados no tratamento das DORT têm por objetivo promover analgesia, redução do espasmo muscular, redução do

processo inflamatório, redução do edema, relaxamento muscular, aumento do metabolismo local, normalização da circulação e aumento da elasticidade tecidual (LANDGRAF et al, 2002 p. 89).

Os recursos utilizados produzem efeitos benéficos para os pacientes, principalmente quando a lesão ainda não evoluiu para graus mais avançados, pois há grande dificuldade em tratar e reabilitar esses estágios (LANDGRAF et al, 2002). No entanto, esses recursos não impedem, totalmente, a evolução do quadro, porque há a continuação de um contexto insalubre, que provocou a doença. Alguns pacientes, submetidos ao mesmo protocolo de tratamento, não evoluíram tão bem:

*“[...] pelo que eu tenho conseguido agora não é nada positivo, vejo que eu tô limitado, eu tô entendeu, já tô com 46 anos, não penso que tenha nada de futuro pra mim não. Eu penso que cada vez complicando, vai complicar mais as coisas”. T1*

*“É tem esse período deu fazer a fisioterapia, e às dez horas eu chego no trabalho começo novamente o trabalho mesmo sentindo dores [...] eu planejo fazer esse tratamento, mas ele tá sendo um pouco difícil pra mim,. Por que apesar de tudo eu tô gastando posso dizer quase duas vezes o valor, por que tô gastando três vale transporte todo dia ao invés de gastar dois vale [...]”. T3*

*“Eu acho não vai ficar boa mesmo eu acho que eu não fico. Mas eu tenho que aprender a conviver com isso, vou melhorar que já tá melhorando e tudo, mas eu acho que não curou, voltou, os tendões se uniram de novo e tudo [...]”. T4*

*“[...] é cansativo por que você tá ali só sentada, é gelo é infra, é choque, dá a impressão que não tá servindo, parece um tempo perdido ali, o médico disse com o tempo é que eu vou sentir melhora, mas se eu continuar trabalhando não vai ter grande utilidade não”. T8*

*“[...] eu espero que eu fique curada disso aqui né. Que se, eu acho assim com o decorrer do tempo todo esforço que eu fizer vai lesar novamente, é isso que eu penso”. T6*

*“[...] eu já tô até escovando os dentes sozinha, com dificuldade mas eu já tô, eu não chegava com a mão aqui atrás da orelha, já estou mexendo os dedos, mas eu creio que eu não vou ter alta nem tão cedo”. T9*

Pode-se observar a existência de um enorme número de variáveis influenciando a aceitação do tratamento e evolução do quadro. A dificuldade financeira repercute nesse processo, pois limita a busca por alternativas, a continuidade do trabalho. A falta de perspectiva de mudanças efetivas das relações desfavorece a plena reabilitação do sujeito.

Nota-se que, quando as medidas paliativas não trazem bons resultados, se opta pela licença médica, que tem também suas implicações, algumas devastadoras na auto-estima do trabalhador. É como um atestado de incapacidade, um estigma para o cliente determinando sofrimento subjetivo acarretando sentimentos de impotência, vergonha e isolamento (NARDI, 1998 p. 96). Observa-se, na realidade, que o período de licença, muitas vezes, é insuficiente para o tratamento adequado sendo, inclusive, rejeitada pelos trabalhadores, além de ser uma condição que penaliza o trabalhador do ponto de vista material. Alguns entrevistados apontaram essa questão:

*“[...] por exemplo, eu tinha uma gratificação, agora eu perdi R\$ 600 esse mês. Não sei se foi da licença, não sei se é por que tá em período eleitoral e eles andaram tirando isso. Eu passei 30 dias, cheguei agora dia 20 aí chamaram e disseram: a partir de hoje você vai perder a gratificação”. T1*

*“[...] eu tenho que tá saindo no meu horário de trabalho, estou recebendo reclamação da direção, dos pais dos alunos [...]”. T2*

*“Tive licença de um mês, mas daqui a 3 dias acaba, então já vou voltar ainda com apenas 30% de melhora se é que se pode mensurar uma dor”. T5*

Esse fato revela uma verdadeira violência praticada contra esses trabalhadores, que, por condições impostas pelo modo de produção, adoecem e têm seus direitos desrespeitados e sua condição humana desprezada. A licença para tratamento médico é um direito, não podendo o funcionário sofrer nenhum tipo de retaliação moral ou material por conta de seu afastamento.

Observa-se, ainda, o retorno às atividades laborais mesmo com a persistência dos sintomas que o levaram ao afastamento. Ao voltar ao trabalho precocemente, sem o tratamento adequado e mudanças efetivas nas relações de produção, o trabalhador está sujeito a ter recidivas, como observa Ribeiro (1997):

O retorno ao trabalho traz implícita a preservação da capacidade de trabalho residual, capaz de manter o trabalhador em alguma atividade produtiva. Sem mudanças, principalmente na organização e nas relações de trabalho, é impossível conter as LER e garantir que o retorno não comprometa o que resta da capacidade de trabalho (RIBEIRO, 1997 p. 46).

Assim, perpetua-se a trajetória de dor e sofrimento do trabalhador com DORT; seus direitos são negados, sua capacidade de funcional cada vez mais diminuída trazendo repercussões negativas não só para o trabalho, mas para sua casa. Os modelos tradicionais de assistência ao trabalhadores são, em sua maioria, focados apenas no tratamento clínico individualizado, em qual os clientes são passivamente submetidos a tais intervenções (CANESQUI e TAKAHASHI, 2003). É urgente uma reflexão sobre as instituições de reabilitação profissional, vinculando mudanças efetivas na relação de produção, visando, realmente, à plena reabilitação do profissional e à promoção da saúde no ambiente de trabalho.

Na cultura do modo de produção capitalista, afastar-se do emprego, por motivo de saúde, é tão mal aceita, muitas vezes castigada com a perda de cargos e gratificações que os próprios trabalhadores a rejeitam, embora seja um direito:

*“[...] a licença é uma coisa que a gente não pode, com a licença o dinheiro é muito pouco e não dá, por que não tem condições de dar um pão para a família [...]”. T3*

*“Não, não cheguei a ficar de licença, inclusive o médico perguntou se eu queria a licença”. T4*

*“Não, não tirei licença não”. T6*

*“nem que pra isso um dia tenha que pedir um afastamento por um tempo sabe, mas que fique boa, eu sei que tem que chegar um dia a fazer isso, escolher a minha mão ou trabalho”. T8*

*“Eu tô afastada, assim, eu vou mas eu não trabalho, eu passo um pedaço no posto, no meu trabalho é pra passar seis horas eu passo quatro. T9*

Apesar da licença para tratamento médico ser um direito, os trabalhadores procuram resistir ao máximo. Mesmo quando estão afastados, não se sentem seguros com relação a seus empregos e retornam precocemente, gerando grandes dificuldades para o tratamento.

Os direitos dos trabalhadores são sucessivamente negados com relação à saúde ocupacional. Nesse contexto, não se pode pensar em promoção de saúde, pois demanda mais que o cuidado ergonômico ou a implantação de programas de qualidade de vida. É preciso obediência às leis trabalhistas antes mesmo da elaboração de projetos ergonomicamente eficientes, ou da aquisição de modernas técnicas de tratamento e diagnóstico das DORT.

### **Categoria III: Repercussões no cotidiano:**

De maneira genérica, podemos afirmar que a dor faz parte do cotidiano das pessoas, constituindo o sintoma mais comum encontrado na prática médica (ANGELOTTI, 2001), (HELMAN, 2003). Apesar de ser comum a toda a humanidade, a forma como o indivíduo e os grupos sociais manifestam, sentem, tratam esse sintoma é tão variado quanto a própria diversidade cultural, constituindo uma forte característica de cada grupo social.

Embora a dor física seja um sintoma particularmente vivido e emocionalmente intenso, só pode ser compreendida em seu contexto cultural se for vista como parte de um aspecto mais amplo de infortúnios. A dor, como as enfermidades em geral, é apenas um tipo específico de sofrimento humano (HELMAN, 2003 p. 172).

Fatores culturais influenciam o modo de experienciar a dor, assim como sua comunicação ou não. Podem-se distinguir dor privada, quando o indivíduo, por algum motivo particular, não a comunica e pública, quando há o compartilhar dessa experiência (HELMAN, 2003).

No caso dos trabalhadores, essa decisão é influenciada por múltiplos fatores, sendo, na maioria dos casos, mantida privada até se tornar insuportável, caso em que se procura auxílio de profissionais de saúde. Observa-se a grande dificuldade em prevenir e controlar as DORT. A ausência de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, somadas a organização do trabalho, propicia o surgimento da



lesão, no entanto o tratamento é iniciado tardiamente e a reabilitação é dificultada pela atividade profissional que, usualmente, não é interrompida.

Os entrevistados caracterizam a dor como incapacitante, ceifando a capacidade funcional, modificando, de forma decisiva, seu cotidiano, transformando as relações no trabalho, na família, alterando completamente suas vidas. Uma característica dessa incapacidade foi descrita pelas mulheres como a limitação para o cuidado com a casa e filhos:

*“ (...) eu tenho a pequena com 8 anos, ela tá sempre precisando de mim pra alguma coisa. Não podia pentear o cabelo dela, não podia vestir, tomar banho só (...) Então atrapalhava, por que às vezes a casa tava suja e eu não podia varrer de jeito nenhum (...) com relação ao quarto dela que eu tenho sempre que limpar os móveis, e agora eu não posso fazer, quer dizer, ela também ficou prejudicada com essa minha doença”. T2*

*“Então muitas vezes eu não tenho quem faça aí eu mesmo faço, é o jeito, me suspendo, me trepo pra pegar uma coisa em cima do armário [...]”. T4*

*“[...] as coisas em casa que a gente fazia também, que a gente às vezes tem a secretária do lar mas a gente também tem que tá no meio né? Isso atrapalha um pouco”. T6*

*“Em casa também a dificuldade de fazer minhas atividades domésticas, enfim, uma série de transtornos”. T7*

*“[...] qualquer movimento que eu vá fazer com a mão eu evito o máximo de usar a mão direita”. T8*

*“Não lavo não cozinho, não segura nada com a mão direita. Meu problema é a mão direita, fiquei inválida por que é a mão direita se fosse a mão esquerda eu acho que era melhor pra mim [...]”. T9*

Diversos autores (WALSH et al, 2004; MARCONDES et al, 2003; SALIM, 2003; SATO, 2001) constataam a maior incidência de DORT entre as mulheres. Esse fato pode ser explicado a partir de uma análise multifatorial da inserção da mulher no mercado produtivo. Culturalmente, cabe à mulher os cuidados domésticos, enquanto é responsabilidade do homem prover materialmente o lar. A realidade do país e a emancipação feminina fizeram com que a mulher assuma, também, o papel de provedora, sem, no entanto, abandonar o cuidado doméstico. Dessa forma, desempenha uma dupla jornada, tornando-se, assim, mais exposta às DORT.

Outro fator a ser levado em consideração refere-se à divisão desigual do trabalho entre homens e mulheres. O trabalho feminino é permeado de preconceito e discriminação, obrigando-as a um esforço e tensão maiores para provar sua competência. Além disso, usualmente cabe à mulher um trabalho mais especializado e minucioso, realizado, normalmente, em ambientes informatizados onde há exigência de trabalho desgastante e repetitivo.

Essas características do trabalho feminino concorrem não apenas para o aumento quantitativo dos casos nessa população, mas também para uma maior gravidade e influenciam, fortemente, sua forma de experienciar as DORT. Observa-se que, ao ocuparem espaços importantes no mercado de trabalho, a mulher é socialmente cobrada no sentido de não demonstrar fragilidade; assim, a manifestação dos sintomas é negligenciada até graus reconhecidamente graves da lesão. Essa realidade parece não ser exclusiva das DORT, apontando para um grave problema com relação à saúde da mulher trabalhadora.

A isenção masculina de tarefas domésticas, apesar de culturalmente aceita e incentivada, impõe aos homens atividades em que a força e resistência muscular são

mais requisitadas. É como uma espécie de acordo social: à mulher cabe o cuidado com a casa; ao homem, a produção e o sustento do lar, porém ambos podem ser acometidos, revelando dificuldades funcionais semelhantes.

A condição de acometidos pela DORT impõe aos trabalhadores uma forma completamente diferente de estar no mundo. Tarefas aparentemente simples como cuidar da higiene pessoal, pegar um bebê no colo, tornaram-se praticamente impossíveis:

*“[...] eu não sabia como me levantar, como é que eu tenho que botar um sapato, como é que tenho que colocar um, é quando eu for tomar banho como é que eu devo limpar os pés, é baixando ou é levantando a perna, tá entendendo [...]”. T1*

*“[...] eu não penteava o cabelo não vestia mais roupa nem nada com o braço esquerdo [...]”. T2*

*“[...] minha dificuldade maior tá em abotoar aqui, alguma coisa atrás, por exemplo, sutiã, eu não consigo abotoar por que meu braço não vai, tem que ter sempre uma pessoa atrás pra abotoar o sutiã [...]”. T4*

*“[...] sempre dependendo de alguém você vai pegar assim peso , uma pasta ou em casa aí, dá aquela dor e precisa da ajuda de alguém, e isso fica a gente triste por que não tem mais aquela liberdade de fazer suas coisas [...]”. T6*

*“[...] uma coisa que deixou muito chocada, eu fui fazer uma, mamografia, não consegui, só consegui fazer de frente um lado e o outro lado por mais que eu tentasse com toda dor, isso me deixou muito frustrada [...]”. T7*

*“[...]eu não me vestia só, se é que eu não viro ainda o braço pra atrás que o ombro não tem condições [...]”. T9*

A doença é, também, percebida e vivida pelos familiares, que acompanham, com preocupação, a evolução dos sintomas. As DORT, além de impedirem a realização de atividades comuns da vida, dificultam o relacionamento e o convívio familiar, provocando repercussões em todo o grupo.

*“Como elas têm amor por mim, através do problema que eu sinto das dores, muita delas sente, muita delas se preocupam [...]”.* T3

*“ [...] a netinha, que quando eu chego ela bota os braços para pegar e eu não posso pegar, me abaixo, fico conversando, mas essa coisa de ser avô é diferente ser pai, parece até que é mais forte, e a gente fica tolhido nessa atividade”.* T5

*“[...] eu fui pegar meu neném e doeu tanto que eu quase soltava, não soltei por que a gente segura mesmo, dói mas segura”.* T8

Essa grande dificuldade em executar tarefas simples como alimentar-se, banhar-se e vestir-se é um fato comum a pacientes com DORT (MOROFUSE E MARZIALE, 2001). A condição de acentuada perda funcional soma-se ao sofrimento do trabalhador, determinando estados de solidão e medo da incapacidade definitiva:

*“Olha assim, o medo é do movimento do braço, a perda do movimento total do braço, por que até parcial assim a gente se acostuma, vai se acostumando [...]”.* T7

*“Com medo, fiquei com medo. Disso, de não ser mais útil na empresa, ficar fazendo uma coisa que talvez nem gostasse, eu gosto de me movimentar.”* T6

*“Medo. Meu medo, pelo menos na primeira parte eu pensei que nunca ia ficar boa, que eu ficar pra sempre [...]. Meu medo foi ficar inválida, pronto não tem mais o que é que eu vou fazer agora da vida se eu não posso mais levantar o braço pra nada, se tudo depende do braço?”* T2

*“[...] não podia ver um cara de moletas que eu tava falando com o cara “rapaz o que é que você tem? O que é que foi isso?” Eu ficava preocupado em ficar em de cadeira de rodas.”*T1

No entanto, alguns trabalhadores encontram na religião o conforto para enfrentar essa condição de forma mais acomodada, aceitando a doença convivendo, assim, sem o medo:

*“Eu, francamente não tenho medo, é uma das coisas que eu graças a Deus não existe em mim é medo por que eu tenho um Deus tão grande e ele luta também por mim, ele luta também pela minha vitória, eu não tenho medo de morte, por que diz o discípulo da palavra de Deus chamado Paulo que o viver é Cristo e o morrer é lucro, e então se pra isso eu não tenho medo”.* T3

*“Não, não tenho medo não. Eu já vi muita, muito sofrimento na vida, fui criado visitando leprosário, asilo de velhos, com mocidades, mocidades espíritas, que eu sou espírita e sempre trabalhei muito como voluntário, e me acostumei tanto a ver com administrar a dor, os problemas, então não tenho nem medo do sofrimento, da morte, eu lamento não estar em atividade e poder fazer as coisas, mas medo não”.* T5

A religião influencia a perspectiva dos trabalhadores, pois é comum o estabelecimento de vínculos entre a possibilidade de cura e a fé, como ilustra o depoimento de uma informante:

*“[...] graças a Deus eu tô aqui, na fisioterapia, tô me recuperando muito pouco, mas posso dizer que tô, apesar de sentir a dor no ombro e a dor no punho, continuo sentindo [...]. Agora Deus ajude que eu fique boa e eu acho que vou ficar [...]”.* T9

A fé em uma cura faz com os trabalhadores transfiram a possibilidade de reabilitação para uma entidade divina, ou, simplesmente, aceitem a nova condição da

limitação física. GEERTZ (1989) aponta a importância da religião na construção da identidade cultural de um povo:

Na crença e na prática religiosa, o *ethos* de um grupo torna-se intelectualmente razoável por que demonstra representar um tipo de vida idealmente adaptado ao estado de coisas atual que visão de mundo descreve, enquanto essa visão de mundo torna-se emocionalmente convincente por ser apresentada como uma imagem de um estado de coisas verdadeiro, especialmente bem arrumado para acomodar tal tipo de vida (GEERTZ, 1989 p. 104).

Dessa forma, a religião desempenha um importante papel na vida dos trabalhadores, não apenas na aceitação da doença, mas no modo de experienciá-la e na possibilidade da cura. Essa realidade reflete uma complementaridade entre religião e saúde presente durante grande parte da existência humana (VALLA, 2001).

A DORT provoca mudanças percebidas na vida dos trabalhadores, impondo uma condição de angústia e sofrimento. Nesse contexto, o trabalhador se vê abandonado, a dor física é acompanhada de profundo sofrimento psíquico, pois a evolução da doença não impossibilita apenas o trabalho, mas repercute em todas as suas atividades cotidianas. O convívio com a família e amigos é dificultado devido a um sentimento de culpa e vergonha; perde-se a esperança, a identidade e a cidadania. O cliente se vê diante de uma triste realidade. Após longos anos de trabalho e dedicação, a incapacidade funcional instalada provoca a intolerância e desprezo por parte dos colegas, sendo essa realidade apontada como a pior face da doença.

## CATEGORIA IV: Relações interpessoais

Por serem doenças, na maioria das vezes, invisíveis, as DORT dificultam o diagnóstico e a aceitação, por parte das outras pessoas, de que o doente está falando a verdade, fomentando, portanto, a descrença na veracidade da doença, gerando preconceito e discriminação.

A partir da recidiva de queixas, o trabalhador é visto como um problema pela supervisão e pela gerência da empresa. Também é comum que seja discriminado pelos colegas de trabalho que se sentem sobrecarregados pelo fato do colega “doente” reclamar de dor e faltar o serviço (WALSH et al, 2004 p. 150).

As DORT marcam o trabalhador com o estigma da ineficiência e incapacidade. Esse estigma não é, na maioria dos casos, uma marca na pele, mas uma debilidade para realizar determinadas tarefas que o expõe a rótulos e ao preconceito dos mais próximos. O estigma pode começar como uma reação social a sua condição; assim, a pessoa rotulada é isolada, ridicularizada, hostilizada pelas pessoas de seu convívio (KLEINMAN, 1988).

Esse preconceito devido ao estigma da DORT é percebido pelos trabalhadores não apenas por parte das pessoas de seu convívio íntimo, mas também por profissionais de saúde:

*“isso é uma tortura eu chegar, é como se fosse uma humilhação pra mim pegar um médico e levar para uma junta médica pra sair, pra tentar essa licença de 30 dias aí eu fico numa panacéia, uma loucura, será que o cara vai me dar? Se ele não me der como é que eu vou reagir?” T1*

A postura dos profissionais de saúde deveria ser de amenizar o sofrimento dessas pessoas, no entanto, nesse caso, estão contribuindo negativamente para a condição do sujeito. A desconfiança é tamanha, e já percebida pelos trabalhadores, que alguns chegam a simular casos mais graves para terem acesso a um atendimento mais cuidadoso:

*“Eu tomei a minha decisão própria, procurei um hospital, criei uma história, assim bem mais complicada assim pro médico, ser atendida mesmo e o médico atendeu e quando ele viu o caso ele realmente reconheceu que já estava muito avançado [...]” T7*

Essa dificuldade é provocada em parte pela formação do profissional de saúde, que, no Brasil, é preparado apenas para reconhecer os sinais clínicos objetivos das doenças e os laudos de exames complementares, subestimando o seu valor subjetivo. As DORT, na maioria dos casos, não apresentam nenhum sinal clínico ao exame físico, impedindo, assim, a coleta de dados objetivos. O profissional de saúde deve estar preparado para atender a esses casos, valorizando a experiência do paciente para se evitarem injustiças:

A peculiaridade de sua manifestação física – diagnóstico clínico, fortemente baseado na percepção do trabalhador sobre o próprio corpo e sobre seus sentimentos – leva-nos a refletir sobre a relação sujeito – objeto na prática médica, questionando aquela que tem sido bastante disseminada contemporaneamente, qual seja, a de basear a atribuição diagnóstica, preferencialmente em exames subsidiários preterindo a fala do trabalhador (SATO 2001 p. 149,).

A formação dos profissionais de saúde, fortemente influenciada pelo paradigma biomédico assistencialista, reforça essa realidade. O diagnóstico das



doenças do trabalho é responsabilidade de peritos que reduzem sua análise a dados objetivos nem sempre eficientes nesses casos.

Ao reduzir suas atenções aos mecanismos celulares e moleculares, a ação médica fica limitada à estrutura somática. Todos os aspectos da saúde e da doença que não se enquadram no modelo cartesiano-newtoniano da medicina são excluídos e ignorados pela moderna medicina científica. A abordagem dessa medicina é extremamente útil em muitos casos, mas acreditar que ela seja suficiente para sanar todos os problemas que envolvem o processo saúde/doença é uma falácia que precisa ser superada. Suas limitações devem ser reconhecidas e outros modelos incorporados ao dia-a-dia das ciências da saúde (FONTES, 1999 p. 45).

A subnotificação de casos de DORT no Brasil é provocada por essa realidade, uma vez que se observa, na formação médica, a não valorização do trabalho como fator etiológico de doenças (WUNSCH FILHO, 2000) e o desprezo pela subjetividade do doente. A educação em saúde surge nesse contexto como um novo paradigma a ser seguido para a superação do modelo reducionista hegemônico na atualidade. É urgente uma reflexão e transformação no ensino universitário, principalmente no que se refere aos profissionais de saúde.

A prática da educação em saúde exige a atuação de profissionais críticos, responsáveis e interdisciplinarmente integrados. Neste sentido, estimular no meio acadêmico a pesquisa e a construção democrática do conhecimento é fundamental.

Espera-se que mudanças na formação do profissional de saúde sejam percebidas não apenas na prevenção e promoção da saúde, mas em toda a sua prática, no sentido de um atendimento mais humano e próximo ao cliente. Esta nova perspectiva tende a facilitar o processo diagnóstico e terapêutico na medida em que a relação médico entre profissional de saúde e paciente desenvolvam um diálogo.

No âmbito da interação simbólica entre o médico e o paciente, evidencia-se uma inadequação da abordagem semiótica que aí tem lugar, e que é dirigida precipuamente pela perspectiva do médico sendo excluída a perspectiva do doente, a sua perspectiva do adoecer e em conseqüência, de suas narrativas (LIRA et al 2003 p. 60,).

Valorizar a narrativa do doente é passo fundamental na construção de um atendimento humano. A perspectiva da DORT é particularmente influenciada, pois o diagnóstico é esclarecido com base, entre outros aspectos, na fala do trabalhador (SATO, 2001). Dessa forma, a atenção à saúde do trabalhador exige a formação e atuação de profissionais com uma visão holística da realidade, sem espaço para reducionismos.

Além de mudanças na formação e atuação dos profissionais de saúde, a perspectiva da educação em saúde aponta para uma reorganização e planejamento dos ambientes de trabalho com foco no homem. Essa reorganização precisa acontecer com a participação efetiva de todos os sujeitos do processo, empresários, gerentes e demais funcionários, trata-se da construção (ou reconstrução) pública:

Considerando-se então que existem formas de organização do trabalho reconhecidamente danosas à saúde, e que há uma busca contínua em adotar outros modos de combinar os sistemas técnico e social, guiados por outras racionalidades, o replanejamento seria o modo através do qual o cotidiano do local de trabalho pode ser publicamente modificado (SATO, 2002 p. 1149,).

Assim, as estratégias de prevenção à saúde do trabalhador devem ser discutidas e elaboradas por todos, facilitando-se uma maior participação. A dificuldade em implantar tais mudanças se deve, principalmente, aos interesses antagônicos que norteiam essas discussões, pois essas escolhas ocorrem no contexto político, em que diferentes interesses buscam ser contemplados (SATO, 2002).

O trabalhador sofre com essa discriminação, pois além dos preritos, os colegas, muitas vezes, não acreditam e chegam, em alguns casos, a hostilizá-los. Morofuse e Marziale (2001) também observaram esse fato, quando uma de suas informantes chega a declarar que gostaria de ter o braço amputado para que as pessoas pudessem acreditar na sua dor.

As relações interpessoais vividas, na maioria dos casos, aumentam o sofrimento do trabalhador, que, além de perder a capacidade funcional de seu corpo, precisa estar sempre provando que está falando a verdade. Esse contexto leva o trabalhador a um sentimento de vergonha e isolamento frente à doença:

*“[...] não converso muito, tô muito como se fosse meio estressado, sem querer muita conversa só pensando o lado negativo, nada de positivo [...] lá onde eu trabalho tem muito jovem, pessoal de 32 anos, esse pessoal não fica doente, não tem ninguém doente. Aí você pensa que você é o coringa dali, eu digo p(...), cê fica até com vergonha de dizer que tá com problema, por que ninguém fala nada, os caras são tudo jovem.” T1*

*“É, muita vezes eles chegam pra gente e dizem que a gente tá se escorando, que a pessoa não tá com vontade de trabalhar, eles não vê o ponto de a gente está cansado tem certo momento que a gente não tem condições de pegar aquele peso e chegam a criticar: “fulano tá é se escorando , fulano quer é me matar de trabalhar só””. T3*

*“Me senti excluída, senti que a gente faz tudo e na hora da doença você não é nada, senti assim.” T6*

*“Acham que eu tô brincando, não verem nada, aí dizem “ah, você tá com manha, tá querendo levar um digitador pra tirar daqui pra não trabalhar muito”, sabe, “não quer*

*trabalhar diga, dá o lugar pra outro, ficam fazendo hora né [...] a dor a gente agüenta, mas é os outros achar que você tá brincando, é o que mais incomoda".T8*

Essa situação é uma condição de grande angústia para o trabalhador, pois, além de fisicamente incapacitado para o trabalho e para qualquer atividade, tem que conviver com o descaso e desconfiança de seus entes. Os sentimentos de perda de esperança com relação ao futuro, vergonha são o reflexo de uma ideologia de culpabilização individual (MERLO et al, 2001).

Observa-se a instituição de uma cultura de culpabilização das vítimas de DORT que leva a um sentimento de vergonha e ao isolamento. Esse cenário, baseado na responsabilidade do indivíduo, proporciona uma carga de sofrimento maior ao sujeito doente.

O sentimento de vergonha pode ser entendido como uma reação provocada pelo juízo alheio. No entanto, La Taille (2002) afirma que o sujeito que sofre a vergonha não é completamente passivo nesse processo. O autor defende a necessidade de atribuição da capacidade de julgar ao outro por parte de quem sofre o julgamento; assim, o envergonhado é, ao mesmo tempo vítima e cúmplice do processo. Sendo este sentimento uma das marcas mais fortes percebidas entre os trabalhadores com DORT.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DORT produzem grandes impactos na vida dos trabalhadores públicos municipais entrevistados. Os sintomas como dor, edema, limitação de força e amplitude de movimento são referidos como barreiras a realização das atividades da vida cotidiana, constituindo-se dessa forma uma barreira para a própria qualidade de vida. Essa incapacidade funcional, portanto, não é apenas para o trabalho, mas influencia toda a vida do trabalhador, dificultando os relacionamentos interpessoais, o convívio familiar e cuidados de higiene.

Neste contexto, o sofrimento do trabalhador, além do físico é percebido em aspectos psicológicos e sociais. O sentimento de perda funcional (e social), aliado a uma cultura de culpabilização da vítima, leva o doente muitas vezes a estados depressivos, agravando o quadro e dificultando o tratamento.

Socialmente a DORT não é bem aceita. Uma sociedade capitalista, em que o valor humano é atribuído sob a perspectiva da capacidade de produzir e gerar lucros, a incapacidade para o trabalho nos moldes atuais é vista culturalmente como fraqueza de caráter. O trabalhador, inserido neste contexto percebe essa realidade, e busca meios de resistir a doença. É uma tentativa de manter sua dignidade e integridade, resgatando valores culturais que estão além da sua capacidade. Essa atenção dispensada ao julgo alheio faz com que, apesar dos sinais e sintomas estarem presentes, haja uma negação da doença, e a crença em outras etiologias que não o trabalho, até que esteja realmente com sérias dificuldades motoras.

O contexto cultural da DORT é bastante rico de preconceitos e discriminação. É um traço tão marcante, que os trabalhadores evitam participar de programas de prevenção por receio de serem rotulados. Esta realidade está presente

em diversos locais de trabalho, fábricas, instituições de ensino, escritórios e muitas vezes é estimulada pelos próprios gerentes de setores, na busca da manutenção e superação das metas de produtividade. Cria-se assim um ambiente marcado pelo medo e vergonha de estar doente e o que parece mais absurdo, de buscar formas de prevenção e tratamento.

A organização do trabalho, no modo de produção capitalista apresenta-se como o principal fator etiológico das DORT. O mesmo sistema é também responsável em criar o contexto em qual o trabalhador doente é vítima de preconceito, sofrendo discriminação e vergonha.

Esse medo de ser estigmatizado é comum em doenças, que diferentemente das DORT apresentam sinais claros, como, por exemplo, doenças mentais, dermatológicas ou deficiências físicas. No entanto, as DORT tem o poder de marcar socialmente o trabalhador com o estigma da incapacidade física. Essa característica, provoca ainda mais preconceito e dificuldade de diagnóstico, pois é inexistência de testes objetivos específicos dificulta essa determinação com clareza.

O paradigma biomédico hegemônico, não prepara os profissionais da saúde para valorizar o discurso do cliente, mas para a detecção de alterações objetivas. No caso das DORT, o diagnóstico depende fundamentalmente da narrativa do doente. Assim, o trabalhador precisa provar (convencer) ao perito sua incapacidade, esse fato gera grande sofrimento para o trabalhador, além de erros diagnósticos e subnotificação dos casos. Dessa forma, apesar de alarmantes as estatísticas sobre DORT podem não ser realistas.

O diagnóstico médico funciona como uma prova socialmente aceita da doença de que há verdadeiramente a doença. Tornar o sofrimento público é também

visto muitas vezes como um reforço ao estigma, fazendo com que esse trabalhador, mesmo depois do tratamento seja visto como um doente, para a sociedade as DORT são doenças incuráveis, pois marcam a vida do trabalhador de forma inegável.

As estatísticas sobre a saúde do trabalhador, são profundamente influenciadas por esta realidade, determinando erros de planejamento e execução de políticas públicas para a promoção da saúde do trabalhador.

É urgente uma reflexão do modelo de formação de profissionais da saúde. A figura do doutor inatingível, capaz de solucionar qualquer problema, único detentor do conhecimento afasta cada vez mais a população de atitudes saudáveis e da promoção da saúde. É necessária uma formação mais humana, onde o profissional de saúde seja estimulado a valorizar o discurso do paciente, suas crenças e medos.

A partir de transformações no modo como a sociedade vê este paciente, e como ele é atendido em sua doença haverá uma aproximação do conceito de saúde como uma condição holística.

A perspectiva da educação em saúde nesse contexto deve contribuir para esta formação humana dos profissionais de saúde.

No campo da promoção à saúde ocupacional, um foco educativo deve conhecer as particularidades subjetivas do trabalho e propor novas formas que conduzam à melhoria das condições de vida e saúde.

A construção desse ambiente de trabalho saudável é um processo, que deve se dar com base na educação em saúde, conseqüentemente de maneira democrática com a participação de profissionais de diversas áreas e da sociedade como um todo. Um modo de produção centrado no homem ao invés do lucro e na produtividade é uma alternativa importante para a promoção a saúde ocupacional.

## 7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABRAHÃO, J & PINHO, D. **As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da ergonomia**. Estudos de Psicologia. V.7 (número especial) páginas 45 – 52, 2002.

ANGELOTTI, G. **Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais**. IN: ANGERAMI-CAMON, VA (org). Psicossomática e a psicologia da dor. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2001.

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

BASTOS, M. **Etnografia: estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário cultural do CTI de um hospital universitário**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 35, n. 02, pág. 163 – 71, JUN, 2001.

BORGES, L. TAMAYO, A. **A estrutura cognitiva do significado de trabalho**. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. V. 1 n. 2 p. 11 – 41. JUL/DEZ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata, carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede dos megapaíses, declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUSS, PM. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. IN: CZERESNIA, D e FREITAS, CM (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CANDEIAS, N. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Revista Saúde Pública. V. 31 n. 2 p. 209 – 13, 1997.



CANESQUI, AM. **Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. V. 08 n. 1. P. 109 – 124, 2003.

CANESQUI,AM e TAKAHASHI. **Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: efetividade de um serviço em desconstrução**. Cadernos de Saúde Pública.v 19; n 5;p. 1473 – 1483; SET/OUT, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.

CAREY, P. **Community health and empowerment**. IN: KERR, J. Community health promotion: challenges for practice, London: British Library, 2000.

CHEREM, A & MAGAJEWSKI, F. **Ergonomia: o trabalhador como sujeito, o trabalho como objeto**. Episteme. V.10. n. 28/29, NOV/JUN, páginas 59 – 71, 2002/2003.

CIZESKI, CA e BENHOSSI, A. **LER/DORT: aspectos jurídicos no âmbito do direito do trabalho**. Revista Doutrina, n. 175. P. 29-35. JAN, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: CORTEZ – OBORÉ, 1992.

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. 5<sup>a</sup> ed. Campinas: Autores Associados, 1995.

DIAS, E. (org), ALMEIDA, I. **Doenças relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

ELSEN, I. MONTICELLI, M. **Nas trilhas da etnografia: reflexões em relação ao saber em enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. N. 56, v. 02. Pág. 193 – 97, MAR, 2003.

FERREIRA, AB. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FLORES, O. **Educação em saúde ou “prática de saúde enquanto prática social?”** Ação Coletiva. V. 2. ABR/JUN, páginas 19-24, 1999.

FONTES, O. **Educação biomédica em transição conceitual.** Piracicaba: Editora UNIMEP, 1999.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 27<sup>a</sup> ed. São Paulo:PAZ e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, M. **A fisioterapia na atenção primária a saúde em Juiz de Fora.** IN: BARROS, F (org). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

HAGUETTE, T. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 5<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JOHNSON, J. **Selecting ethnographic informants**. Sage Publications, 1990.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. Basic Books, 1988.

LACAZ, FAC. **Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica**. IN: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, RMG; GOMES, MHA (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

LANDGRAF, J; ZANICHELLI, K; CHIAPPA, L; CASTRO, C; SALVINI, T. **O efeito da cinesioterapia e da massagem na sintomatologia dolorosa de mulheres portadoras de DORT grau III**. Revista Brasileira de Fisioterapia. V. 6; n. 2; p. 87 – 56, 2002.

LANDIM, F. L; LIMA, M. F; LOPES, M. V; BARROSO, M. G. **Ensino Universitário: ato de coragem que não teme o debate**. In: Barroso, G. Vieira, N. Varela, Z. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

La Taille, Y. **O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade**. Revista Psicologia Reflexão e Crítica. V. 15; n. 1; p. 13 – 25, 2002.

LIRA, GV, NATIONS, MK; CATRIB, AMF. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método**. Revista Brasileira de Promoção da Saúde. V. 16; n.1/2; p. 59-66, 2003.

LIRA, GV; NATIONS, MK; CATRIB, AMF. **Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar?**. Revista Texto e Contexto Enfermagem. V. 13; n. 1; p. 147 – 55. JAN/MAR, 2004.

LOWS, J e REED, A. **Eletroterapia explicada: princípios e práticas**. Trad. Lilia Beterlitz Ribeiro. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2001.

MAGNANI, J. **De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana**. Revista Brasileira de ciências sociais. V.17. n. 49. Pág. 11 – 28, JUN, 2002.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MARCONDES, W; ROTEMBERG, L; PORTELA, L; MORENO, C. **O peso do trabalho “leve” feminino à saúde**. São Paulo em Perspectiva. V. 17; n. 2; p. 91 – 101, 2003.

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

MENDES,R & DIAS, E. **Saúde dos trabalhadores**. IN: ROUQUAYROL, M &ALMEIDA, N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MENDES, EV. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção hegemonia do projeto neoliberal**. IN: MENDES, EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 3ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MERLO, ARC; JAQUES, MGC; HOEFEL, MGL. **Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência**. Revista Psicologia: Reflexão e crítica. V 14; n. 1; p. 253 – 58, 2001.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MINAYO, M (org). DESLANDES, S. NETO, O. GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, MCS e MINAYO-GÓMEZ. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde**. IN: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, RMG; GOMES, MHA (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINETTO, T. **A saúde e o binômio organização e trabalho**. Revista Temas Sociais em Expressão. V. 1. N. 1, 2002.

MIYAMOTO, S; SAMASO, C; MEHANNA, A; BATISTELA, A; SATO, T; GREGO, M. **Fisioterapia preventiva atuando na ergonomia e no stress no trabalho**. Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo. V.6. n.1. páginas 83 – 91. JAN/JUN, 1999.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2002.

NAIDOO, J. WILLS, J. **Health promotion: foundation for practice**. 2ª ed. London: Baillière Tindal, 2000.

NARDI, HC. **O Ethos Masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho**. IN: DUARTE, LFD e LEAL, FO (org). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

OLIVEIRA, FJA. **Concepções de doença: o que os serviços de saúde tem a a ver com isso?** IN: DUARTE, LFD e LEAL, FO (org). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

PEREIRA, I. PENTEADO, R. MARCELO, V. **Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável.** O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 24. V. 24. N. 1, JAN/FEV, 2000.

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

RAYNAUT, C. **Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras.** Revista Brasileira de Epidemiologia. V. 5, suplemento 1, p. 43 – 55, 2002.

RIBEIRO, AP (org). **LER: conhecimento, práticas e movimentos sociais.** São Paulo: FSP-USP, SSE-SP, 1997.

ROCHA, C e FRITSCH, R. **Qualidade de vida no trabalho e Ergonomia: conceitos e práticas complementares.** Revista Serviço Social e Sociedade. V. 23. N.69 MAR. Páginas 53-69, 2002.

SALIM, CA. **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero.** São Paulo em Perspectiva. V 17; n. 1; p. 11 – 24, 2003.

SANTOS, Z e BARROSO, M. **A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde.** IN: BARROSO, M; VARELA, Z; VIEIRA, N (organizadoras). Educação em Saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

SATO, L. **LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde.** Cadernos de Saúde Pública. V. 17; n. 1; JAN/FEV; p. 147 – 52, 2001.

SATO, L. **Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas.** Cadernos de Saúde Pública. V. 18; n. 5; p. 1147 – 1166; SET/OUT, 2002.

SILVA, G. **Fisioterapia na comunidade**. IN: BARROS, F (org). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

SMEKE, E e OLIVEIRA, N. **Educação em saúde e concepções de sujeito**. IN: VASCONCELOS, E (org). A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, E e VIDAL, J. **Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença**. Caderno de Saúde Pública. N.10 v. 4. Pág. 497 – 504. OUT/DEZ, 1994.

VALLA, V. **Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa**. IN: VASCONCELOS, E (org). A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELLOS, E. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira**. IN: VASCONCELOS, E (org). A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VIEIRA, A. **A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total**. Florianópolis: Insular, 1996.

VILELA, EM e MENDES, IJM. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Revista Latino Americana de Enfermagem. N. 11 v. 4 p. 525 – 31. JUL/AGO, 2003.

VILELA, D e SILVÉRIO, J. **Fisioterapia na saúde pública no município de Jataí (GO): utopia ou realidade?** Estudos Goiânia. V.30. pág. 399 – 408. FEV, 2003.

VILELA, RAG; IGUTI, AM; ALMEIDA, IM. **Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho.** Cadernos de Saúde Pública, n. 20. V. 2. P. 570-579, MAR/ABR, 2004.

WALSH, I; CORRAL, S; FRANCO, R; CANETTI, E; ALEM, M e COURY, H. **Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas crônicas.** Revista Saúde Pública. V. 38; n. 2; p. 149 – 56, 2004.

WUNSCH FILHO, V. **Variações e tendências na morbidade dos trabalhadores.** IN: MONTEIRO, AC (ORG). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. 2ª ed. SÃO PAULO: HUCITEC, NUPENS, IUSP, 2000.

YENG, L. TEIXEIRA, M. BARBOSA, H. **Lesões por esforços repetitivos – Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT).** Revista Âmbito Medicina Esportiva. N.03. pág. 16 – 24, 2001.



## APÊNDICES

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Termo de Consentimento Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_ RG

no: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, fui devidamente esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo a ser realizado nesta instituição, intitulado: Perspectiva da educação em saúde em trabalhadores com doenças osteomusculares: um estudo etnográfico, que tem por objetivos: investigar as repercussões da doença osteomuscular relacionada com trabalho (DORT) em servidores públicos municipais afastados de suas atividades laborativas e descrever os fatores culturais envolvidos no cotidiano dos portadores de DORT. Tenho consciência de que as entrevistas serão gravadas e analisadas por ocasião do estudo. Terei acesso aos dados, ficando garantido o anonimato e sigilo das informações, bem como liberdade para retirar-me do estudo a qualquer momento, caso seja esse o meu desejo.

A coleta de dados será realizada no período de Abril a Julho de 2004 e incluirá uma observação direcionada ao cotidiano de trabalhadores portadores de DORT em atendimento fisioterapêutico.

Assinatura do Informante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Pesquisador: Marcelo de Carvalho Filgueiras

e-mail: filgueiras\_marcelo@hotmail.com

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)