

CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC

Gabriela Percevallis Benatti

**Gestão da saúde em casos de LER/DORT:
análise de uma experiência em indústria de cosméticos**

São Paulo

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Gabriela Percevallis Benatti

**Gestão da saúde em casos de LER/DORT:
análise de uma experiência em indústria de cosméticos**

Dissertação apresentada como exigência
parcial para obtenção do grau de Mestre
em Gestão Integrada em Saúde do
Trabalho e Meio Ambiente do Centro
Universitário Senac

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alice Itani.

São Paulo

2007

B456e Benatti, Gabriela Percevallis

Gestão da saúde em casos de Ler/Dort: análise de uma experiência em indústria de cosméticos / Gabriela Percevallis Benatti – São Paulo, 2007.
105 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alice Itani.
Dissertação de Mestrado – Centro Universitário Senac –
Campus Santo Amaro, São Paulo, 2007.

1.LER/DORT 2.gestão de saúde 3.cosméticos 4. fisioterapia
I. Prof^a. Dr^a. Alice Itani II. Gestão da saúde em casos de
LER/DORT: análise de uma experiência em indústria de
cosméticos.

CDD 614.8

Gabriela Percevallis Benatti

GESTÃO DA SAÚDE EM CASOS DE LER/DORT: análise de uma experiência
em indústria de cosméticos

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Senac - Campus Santo
Amaro, como exigência parcial para
obtenção do grau de Mestre em Gestão
Integrada em Saúde do Trabalho e Meio
Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Alice Itani

A banca examinadora dos Trabalhos de Conclusão em
sessão pública realizada em __/__/__, considerou o(a)
candidato(a):

1. Examinador(a):
2. Examinador(a):
3. Presidente:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que estiveram ao meu lado durante sua elaboração:
familiares, amigos, professores e o eterno amor de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Todos sabem que este trabalho só foi finalizado por que

Deus me deu uma segunda chance de viver.

A Ele segue o meu maior

agradecimento.

EPÍGRAFE

*O pior cárcere não é o que aprisiona o corpo,
mas o que asfixia a mente e algema a emoção.*

(...) Sem sabedoria os homens se tornam máquinas de trabalhar.

(...) Ser livre é ter tempo para as coisas que se ama.

(...) É desenvolver a arte de pensar e proteger a emoção.

Mas, acima de tudo, ser livre é ter

Um caso de amor com a própria existência

E desvendar seus mistérios.

Augusto Cury

RESUMO

O presente estudo apresenta a experiência de um programa de promoção de saúde do trabalhador numa indústria de cosméticos, vivenciado durante sete anos de gestão e prestação de serviços no setor de fisioterapia. O programa desta indústria visa contribuir para a gestão da saúde, em particular, das LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho) nos ambientes de trabalho, buscando prevenir agravos, e compreendendo o diagnóstico, a recuperação e a prevenção de doenças ocupacionais. Primeiramente foi realizado breve levantamento sobre a evolução do trabalho e seus aspectos atuais, depois, a contextualização dos fatores que envolvem a problemática das LER/DORT. Foi feito também um histórico sobre a indústria de cosméticos no Brasil e sua importância na atualidade. A seguir, foi descrito o programa desenvolvido pela indústria de cosméticos para minimizar os casos de doença ocupacional músculo-esquelética, com seus processos multidisciplinares de prevenção, diagnóstico, tratamento, afastamento, retorno, e acompanhamento no trabalho. Neste programa participam 28 profissionais da saúde no monitoramento de todos os colaboradores (3.500 aproximadamente) e no tratamento de 139 que permanecem sob cuidados especiais.

Palavras-chave: LER/DORT; gestão de saúde; cosméticos; fisioterapia; trabalho.

ABSTRACT

This study presents the experienced managing program of worker's health inside a cosmetic industry, lived for seven years in a physiotherapist department. The program in this industry contributed for deal with WMSD problems in the workers, avoiding the emergencies and finds the best way to recover and prevent the diseases related of work by a healthy problem diagnostic. First, a brief comment about human work evolution and their aspects nowadays. After the contextualization factors that are involved in the WMSD problems. There is also a historic about the cosmetic evolution in Brazil and its importance in the present days. Next was described the developed program for a cosmetic industry to minimize the muscle-skeleton workers diseases, their multidisciplinary prevent process, diagnose, and the treatment. This program was conducted by 28 healthy professionals monitoring all workers in this industry (3.500 approximately) and who were also responsible for the treatment of 139 workers whose are continuing under specials healthy caress.

Keywords: work disease, WMSD, managing health program, cosmetic, physiotherapist, work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Composição do faturamento do setor de cosméticos em 2005	68
Figura 2 – Distribuição das empresas de cosméticos no Brasil ano 2005	70
Figura 3 – Fluxograma de Afastamento do Trabalho.....	81-82
Figura 4 – Fluxograma de Estágio.....	85-86
Figura 5 – Fluxograma de Retorno ao Trabalho.....	88-89
Figura 6 – Fluxograma de Alta do Programa de Readaptação.....	90-91
Figura 7 – Número de novas CATs/ano.....	92

LISTA DE TABELAS

1. Benefícios concedidos pela Previdência Social no ano de 2005 no estado de São Paulo.....59

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABIFARMA: Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica

ABIHPEC: Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal
Perfumaria e Cosméticos.

ABIQUIM: Associação Brasileira das Indústrias Químicas

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho

CBOO: Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional

CRP: Centro de Reabilitação Profissional

DORT: Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho

FAM: Formulário de Atendimento Médico

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
Social

LEM: Laudo do Exame Médico

LER: Lesão por Esforço Repetitivo

NR: Norma Regulamentadora

OIT: Organização Internacional do Trabalho

PRAT: Pedido de Reabertura de Acidente de Trabalho

SIPATESP: Sindicato das Indústrias de Perfumaria e Artigos de
Toucador no Estado de São Paulo

URP: Unidade de Reabilitação Profissional

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	17
3	O TRABALHADOR E OS DANOS OCUPACIONAIS.....	20
4	A LER/DORT COMO DOENÇA	36
4.1	A LER/DORT e sua identificação na história	36
4.2	Aspectos clínicos.....	41
4.3	Aspectos jurídicos.....	53
5	A Gestão da LER/DORT no Sistema de Saúde Brasileiro.....	57
6	Programa de Promoção da Saúde: o caso de uma indústria de cosméticos.....	64
6.1	A indústria de cosméticos.....	64
6.2	A empresa de cosméticos analisada.....	72
6.3	O Programa de Promoção de Saúde e as LER/DORT na empresa analisada.....	74
7	O Programa de Readaptação.....	76
7.1	Resultados e análises.....	77
7.1.1	Afastamentos por doença ocupacional.....	77
7.1.2	Estágios através da URP.....	82
7.1.3	Retorno ao trabalho.....	86
7.1.4	Altas do Programa de Readaptação.....	89
7.1.5	Acompanhamentos e tratamentos ambulatoriais.....	91
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	100

1 INTRODUÇÃO

Como gerenciar doenças ocupacionais nos ambientes de trabalho? Este é um problema premente que vem se apresentando como um desafio para os gestores nas organizações. Os acidentes e doenças ocupacionais se inserem como fatores pouco lembrados que vêm colocando as empresas em situações de risco na sustentabilidade dos negócios.

Segundo dados divulgados no caderno de economia do jornal *O Estado de São Paulo* de 12 de fevereiro de 2007 (PEREIRA, 2007, b3), o Brasil é campeão mundial em ações trabalhistas com dois milhões de processos por ano. Para termos de comparação, nos Estados Unidos o número de processos não passa de 75 mil, na França, 70 mil e no Japão, 2,5 mil. Os processos trabalhistas geram gastos para as empresas e as tornam mal vistas pelos analistas do mercado financeiro nos processos de abertura de capital. Este é um fator que vem aumentando a preocupação das organizações com a saúde do trabalhador.

Somando-se a este fato, a conscientização de que a saúde e o bem-estar dos trabalhadores estão diretamente relacionados à produtividade, à imagem da organização, aos indicadores de sustentabilidade, de responsabilidade social e de saúde, estes conceitos tornam-se diferenciadores no mercado cada vez mais competitivo.

Os problemas de saúde ocupacional estão presentes há muito tempo nos ambientes de trabalho. Mas desde a Revolução Industrial, os processos

produtivos implantados nas indústrias se constituíram por utilização de mão-de-obra em linhas de produção, cujo modelo, baseado no sistema desenvolvido por Henry Ford, envolve a realização de atividades fragmentadas, com velocidade e ritmo determinados por máquinas. A saúde do sistema músculo-esquelético dos trabalhadores passou a ser afetada de forma mais intensa, e surgem, neste momento, casos de LER (Lesão por Esforço Repetitivo) ou DORT (Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho), que consistem em alterações músculo-esqueléticas que podem chegar a incapacitar o trabalhador.

O desafio atual para profissionais da saúde, advogados trabalhistas, sindicatos, Instituição Nacional de Seguridade Social - INSS - e para as próprias empresas é saber como gerenciar esse problema. O assunto tem sido discutido exaustivamente, pois envolve cuidados amplos que incluem prevenção, conscientização, mudança no ambiente de trabalho, estrutura organizacional, gerenciamento da liderança, entre outros fatores.

O presente estudo tem como objetivo apresentar a experiência de um programa de promoção de saúde numa indústria de cosméticos. E justifica-se pela necessidade de gerenciamentos de saúde nos ambientes de trabalho, que incluam a detecção, prevenção e, a recuperação dos trabalhadores lesionados. Possui relevância diante da necessidade de desenvolver inovações nas políticas de gestão, bem como ações e estudos sobre o tema com resultados positivos para a melhoria nas condições do ambiente de trabalho.

A proposta do estudo é realizar a descrição de gerenciamento, baseada na experiência de uma indústria de cosméticos *benchmarking* nesse assunto, e descrever os fluxogramas adotados por ela para que outras empresas possam utilizá-los na implantação e gerenciamento dos casos de LER/DORT.

Durante o desenvolvimento deste estudo, foi realizada breve revisão bibliográfica com o objetivo de delimitar os conceitos que envolvem LER/DORT, bem como levantamento dos aspectos jurídicos da questão e dimensionamento dos números de casos registrados no INSS no Estado de São Paulo. Será mostrada a importância do envolvimento de equipe multiprofissional para que a prevenção e reinserção do trabalhador, após afastamento, ocorram de forma eficaz.

O estudo está apresentado em oito capítulos, iniciou-se pela introdução no primeiro capítulo, seguido das considerações metodológicas no segundo. No terceiro está discutida a questão do trabalho e os danos ocupacionais. No quarto, a discussão da LER/DORT como doença ocupacional e o quinto capítulo trata da atual política de gestão da empresa no sistema de saúde brasileiro. O sexto capítulo contém a descrição do programa de promoção da saúde adotado pela indústria analisada e no sétimo e último, os resultados obtidos com o programa implementado.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para o presente estudo foram realizadas pesquisas bibliográficas, entrevistas com profissionais envolvidos no Programa de readaptação, pesquisa de campo com o levantamento de dados em prontuários médicos, e pesquisas diversas na Internet durante os anos de 2005 e 2006.

Para a pesquisa bibliográfica nos anos de 2004, 2005 e 2006, foram utilizadas como principais palavras-chaves: gestão de saúde, lesão por esforço repetitivo, L.E.R., doença osteomuscular relacionada ao trabalho, D.O.R.T., indústria, cosméticos, higiene, perfumaria, fisioterapia, doença ocupacional, trabalho, revolução industrial, processo trabalhista, justiça do trabalho, unidade de reabilitação profissional e previdência social, nos sites www.scielo.br , www.medline.com.br , www.cboo.com.br (Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional) e www.teses.usp.br . A biblioteca Bireme foi consultada para saber sobre outros trabalhos na área escolhida como tema durante 2004.

Os dados sobre a indústria de cosméticos foram levantados em pesquisas realizadas no ano de 2006 em sites como: www.abifarma.org.br, www.abihpec.org.br, www.abiquim.org.br, www.anvisa.gov.br, www.sipatesp.com.br , www.ibge.gov.br e no acervo bibliográfico pertencente à empresa analisada. De lá foram colhidas, também, informações sobre a história da mesma.

O site www.fundacentro.gov.br foi a fonte de pesquisa sobre os últimos números da Previdência Social e de atualidades sobre as LER/DORT, consultado em 2006. Os temas relacionados às patologias ocupacionais foram pesquisados em 2005, em livros, revistas e sites como o <http://www2.uol.com.br/prevler/index.htm>, www.saude.gov.br/svs, www.saudeemmovimento.com.br.

Foram realizadas entrevistas durante os anos de 2004 e 2005, com todos os profissionais envolvidos no Programa de readaptação, ou seja: uma assistente social, dois médicos do trabalho, um ergonomista, um ortopedista, quatro fisioterapeutas, um terapeuta holístico, um acupunturista, duas psicoterapeutas, dois funcionários do departamento de pessoal e um do jurídico, quatro gestores de fábrica e um do setor de distribuição. Duas questões foram colocadas:

1. Qual é sua função no Programa?
2. Quais mudanças trariam melhorias ao Programa?

As entrevistas foram individuais e objetivas, as respostas foram armazenadas e contribuíram para a montagem dos fluxogramas de gestão realizada pela indústria.

Uma autorização do médico do trabalho responsável pelo ambulatório da empresa foi solicitada, para o levantamento de dados a partir de seus prontuários médicos. A permissão foi concedida no início de 2006 e os dados disponibilizados foram somente os que não ferissem a ética médica, conforme

documentação em nosso poder. As evoluções clínicas, diagnósticos e comentários técnicos seriam preservados.

Sendo assim em 2006, a enfermeira do trabalho responsável pelo setor, realizou o levantamento de todos os prontuários de funcionários com patologias que se enquadram nas LER/DORT e que tiveram afastamento por CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), disponíveis no ambulatório médico da empresa.

A população considerada para as análises foi dos 70 funcionários que estavam trabalhando no mês de junho de 2006 e, nesse grupo, foram feitas coletas de dados sobre o motivo e ano de abertura da CAT e tipos de tratamentos realizados.

Levando-se em conta apenas a população selecionada através do prontuário geral, os prontuários de fisioterapia, que ficam separados, foram disponibilizados pela funcionária do setor também com o aval do médico do trabalho responsável, no início de julho de 2006. Em relação aos dados levantados foram cumpridos todos os procedimentos estabelecidos pelo código de ética, preservando e assegurando o anonimato dos participantes.

3 O TRABALHADOR E OS DANOS OCUPACIONAIS

Para compreender o trabalho e a produção de danos ocupacionais pode-se iniciar a discussão pelo significado do termo trabalho de acordo com a definição do dicionário Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1986, p.1695), ao conceituar algumas das formas como o mesmo se apresenta na vida do ser humano:

Trabalho: [dev. de trabalhar.] s.m. **1.** Aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim (...) **2.** atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento (...) **3.** o exercício dessa atividade como ocupação, ofício, profissão (...) **4.** trabalho (2) remunerado ou assalariado; serviço [...].

A atividade relacionada ao trabalho sempre esteve presente na vida do homem em sociedade, e as doenças resultantes dessa atividade também acompanharam essa evolução. Isso pode ser visto ao longo de sua história e, sucintamente, podem ser recuperados alguns pontos. O homem sempre buscou sua sobrevivência através de seu trabalho. Inicialmente, o homem primitivo atendia suas necessidades de subsistência através do trabalho de caça e coleta. No período paleolítico, buscando instrumentos de trabalho, fez, da pedra lascada, armas para defender-se dos animais e de seus semelhantes e também para caçar seu alimento. Aos poucos, esses toscos utensílios foram sendo aperfeiçoados, foram aprendendo a trabalhar o chifre, os ossos e o marfim, com os quais chegaram a produzir verdadeiras obras de arte. Passaram, então, ao preparo da pedra polida, machados, arpões, pontas de lança e de setas, anzóis, agulhas, e outros, trabalhados com paciência, acentuada preocupação de bom acabamento, muitas vezes, com verdadeiro senso artístico (CANÊDO, 1987).

A atividade de lascas e polir pedras era realizada pelo homem apenas para sua sobrevivência direta. Nesse processo, criavam e desenvolviam inventos que traziam considerável melhoria de sua vida, e alteração no seu cotidiano, gerando a primeira explosão demográfica no período entre o paleolítico inferior e o superior. Esse foi o caso do arco e da flecha, e da criação da cerâmica, usando a possibilidade de transformação dos materiais, como os minérios em metais. Pode-se afirmar, sem dúvida, que a descoberta essencial, sem a qual a civilização nunca teria conseguido seu desenvolvimento, foi o fogo. Não há dados sobre a exatidão do momento e como isso realmente ocorreu, mesmo existindo muitas hipóteses sobre essa descoberta. Os dados analisados a partir de desenhos e pinturas em cavernas, vestígios deixados já no período da pedra lascada, comprovam que naquele momento a utilização do fogo já ocorria. Na busca para diminuir a insegurança gerada com a exposição ao predador e pela falta de alimentação, foram desenvolvidas técnicas e ferramentas que levaram ao pastoreio e agricultura. E não foram poucas as batalhas entre as tribos que levaram os povos vencedores a utilizar o trabalho dos vencidos, para o cultivo dos campos.

O domínio de técnicas fez parte da história humana durante tempos. Por exemplo: foi observado que o chifre de veado utilizado pelo trabalhador pré-histórico transformou-se em um arado que nada mais era que um ramo de madeira dobrado em forma de gancho, cuja ponta era endurecida ao fogo. Os romanos colocaram atrás dessa ponta uma longa prancha inclinada para sustentar a parte que entrava na terra e os gauleses colocaram a roda, mas todos

continuaram a puxar o arado com suas próprias forças, ou o atrelavam a um boi, um burro ou um cavalo.

Entretanto houve diferenças entre as civilizações no mundo. Na Antigüidade, os instrumentos de trabalho que reis, sacerdotes e administradores públicos colocaram nas mãos dos escravos e servos não diferiam muito daqueles conhecidos na Idade da Pedra. Esses eram incapazes de multiplicar seu rendimento, porém eram capazes de construir diques, barragens, muralhas, palácios, templos e aquelas estátuas colossais (CANÊDO, 1987).

O domínio de novas técnicas teve também seus reveses, e precisa ser analisado através das formas de organização da sociedade e de estruturação do trabalho. O trabalho manual e artesanal era parte de atividade de muitos, bastava unificar esforços de uma multidão de trabalhadores oriundos da massa de dominados, para poucos usufruírem dos resultados. A ausência de máquinas era suprida por uma abundante mão-de-obra dominada, escrava ou servil. Não se buscava melhoria qualitativa da produção e ainda, paralelamente, criou-se um grande preconceito contra o trabalho manual, visto como coisa de escravos, de pessoas “menores”, menos importantes.

O trabalho era considerado uma atividade vil, destinado às camadas mais baixas da sociedade, carentes. Os escravos poderiam ser mortos ou mutilados por seus amos, de sorte que, nessa época, quase não se falava de qualquer tipo de proteção devida em razão de infortúnio resultante do trabalho. Inúmeros escritos mostram quanto eram comuns as deformações físicas,

enfermidades e muitas outras seqüelas, oriundas dos abusos praticados pelos empregadores no tocante aos seus trabalhadores (COSTA, 2006).

Vários fatores contribuíram para um “bloqueio” às invenções mecânicas antes do século XVIII. Segundo Canêdo, não houve necessidade de procurar outra forma de energia para substituir a energia muscular. Isto poderia comprometer uma ordem social consolidada. Bastavam as ferramentas conhecidas (CANÊDO, 1987). Isso não significa que não se fizessem inovações, mas elas aconteciam muito lentamente. A Idade Média Européia foi marcada por uma nova ordem social e outro modo de produção: o modo de produção feudal, na qual a mão-de-obra tornou-se mais difícil e a escravidão foi substituída pela servidão. Nessa época, buscaram-se meios mais eficazes de utilização das forças naturais como a do vento, da água e dos animais, bem como o incremento do uso dos recursos minerais, como o ferro, antes de pequeno uso na Europa.

Na busca de melhoria das embarcações, a energia eólica e a bússola acabaram contribuindo para a agricultura com os moinhos de vento e principalmente com a roda hidráulica, amplamente utilizada para mover os pesados martelos na forja do ferro, os foles das forjas, as mós para moer o trigo e para afiar as facas. A indústria têxtil, com tradição desde a Antigüidade e com estreitos laços com a agricultura, foi a área em que as máquinas foram primeiramente introduzidas com alterações marcantes de processo, sendo as mais importantes a máquina de fiar, o tear para tricotar e para fabricar fitas.

Canêdo faz constar, em seus estudos, que, até o século XIX, as ferramentas utilizadas na produção artesanal se assemelhavam, em sua simplicidade, com a organização do trabalho. A unidade industrial típica era a do artesão independente, possuidor de sua oficina e de seus utensílios de trabalho. Contava com o auxílio de aprendizes sob a direção do chefe de família.

[...] O objetivo da produção era o próprio produto enquanto objeto de uso, e não a venda do produto como acontece na sociedade capitalista. Precisamente por não existir entre as unidades de produção a concorrência para o aumento da produtividade, elas não necessitavam melhorar suas técnicas (CANÊDO, 1987, p.17).

Na Guerra dos Cem Anos (1346-1450), a Peste Negra e as constantes batalhas para preservação de território causaram grande mortandade, desestabilizando a forma de produção feudal. Aos poucos se foi adotando a solução do arrendamento com a liberação dos servos para vender o excedente da produção nas cidades. A busca do excedente, então, passou a ter extrema importância impulsionando a busca de novas técnicas que melhorassem a produtividade.

Marx e Engels (1991) relatam que as mudanças na sociedade ocorrem por forças internas que transformam; por isso, a história da existência humana refere-se à sucessão de diferentes modos de produção, como os modos asiático e feudal, que se modificaram até chegar ao capitalismo. O capitalismo como sistema econômico aparece como nova era. As grandes navegações ampliaram o mundo, o incremento comercial trouxe uma nova camada social - a burguesia - ávida a buscar os postos da antiga aristocracia, e o fim do feudalismo deu lugar a nova ordem política, a dos Estados Nacionais. A partir do século XVI, tornou-se prática a observação atenta e metódica da natureza e do trabalho, acompanhada

pela intervenção do observador por meio de experimentos, e com o comércio regularizado e unificado nacionalmente, a burguesia acumulou grandes fortunas e passou a financiar os experimentos, tendo como um dos objetivos desenvolver novas tecnologias.

No século XVII, as iniciativas formaram as academias de pesquisas e de discussão sobre os mais diversos assuntos que, com a difusão da imprensa, propiciaram verdadeira revolução nos conhecimentos científicos. O que se buscava era o máximo domínio sobre o meio natural, visando, cada vez mais, a maiores lucros do mercado, e na verdade, o que vai diferenciar a nova época das anteriores é a relação entre produção e o lucro comercial. Este passou a se assentar na concorrência pelo aumento da produtividade, e por uma baixa relativa dos custos de fabricação das mercadorias, a permitir venda dos bens a preços decrescentes e em sistema de concorrência (CANÊDO, 1987).

As mudanças garantiram no século XVIII, por exemplo, que a indústria do algodão na Inglaterra, apresentasse condições necessárias para expansão de sua produção através de inovações simples e baratas, utilizando novos mecanismos, máquinas a vapor, fabricação do aço, promoção da química, especialização e divisão do trabalho.

Esses são, resumidamente, os ingredientes que possibilitaram o que se considerou, na história, a revolução da indústria ou a Revolução Industrial. E que na verdade, desde a descoberta do fogo, nada trouxe tão profundas e

extensas transformações na aparência física da Terra e no modo de viver e trabalhar dos homens (CANÊDO, 1987).

O trabalho no capitalismo industrial aparece dentro de inovações tecnológicas ocorridas ao longo dos séculos. Muitas delas contribuíram para facilitar e reduzir a energia dispensada pelo homem. As inovações mais significativas podem ser assim consideradas, como:

- a introdução de máquinas modernas – rápidas, regulares e precisas – que substituíram parcialmente o trabalho do homem antes realizado manualmente;
- a utilização de novas alternativas de energia, utilizando o vapor para acionar a máquina, isto é, complementando as fontes de energia até então utilizadas: muscular, eólica e hidráulica;
- melhoria na obtenção de novas matérias primas com utilização de alternativas de materiais.

Essas inovações foram se sucedendo, consolidando novas formas de organização do trabalho no sistema produtivo. A produção aos poucos deixa de ser domiciliar para o mercado pequeno. As fábricas, com máquinas movidas a vapor, e grande número de trabalhadores, passam a abastecer em grande quantidade para um mercado indeterminado e cada vez maior. E as tarefas ficam mais fragmentadas, passando o trabalhador a realizar apenas uma etapa no desenvolvimento do produto e perdendo o domínio da manufatura completa.

Dentro do processo produtivo as funções e responsabilidades dos trabalhadores vão sendo alteradas:

- o empresário, dono da fábrica, das máquinas, responsável pela aquisição da matéria-prima e do produto final que ficará com o lucro ou o prejuízo;
- o trabalhador, agora totalmente desprovido dos componentes do processo, figura como vendedor da única coisa que possui – a força de trabalho e a execução de tarefas, sob a supervisão de técnicos, em novo ritmo acompanhado por relógios, e ficando com o salário.

Os artesãos mais bem sucedidos, primeiros trabalhadores da indústria, detinham algum conhecimento do processo de fabricação e chegavam a empregar “aprendizes” para complementar as demandas, porém isso vai se perdendo aos poucos. A indústria requer maior quantidade de trabalhadores, transformando-os em mão-de-obra no novo processo produtivo e organizacional do trabalho. O deslocamento dos trabalhadores rurais, que estavam vivendo uma época de grande colapso na produção agrícola, foi uma das alternativas para aumentar a oferta de mão-de-obra.

Nesse processo de fragmentação do trabalho e do conhecimento, a indústria passa a contar com mão-de-obra não especializada e formação mais limitada. A tarefa passa a ser determinada pelo ritmo da máquina, estruturando a relação salarial de forma que, o trabalhador dependa do salário e não pare o trabalho. É também quando “o homem se converte em mercadoria, passa a ter

seu valor, por sua capacidade de produzir e por seu valor no mercado de trabalho” (BASBAUM, 1981, p. 81).

Em verdade, o que ocorreu foi a colocação do indivíduo em postos de trabalho fixo, nem sempre em condições ideais, sendo dado a cada operário um trabalho determinado, impondo-lhe o sentido da regularidade, disciplina e obediência. Apesar das reações adversas decorrentes da dificuldade de adaptação dos indivíduos, o modelo novo de trabalho acabou sendo implantado.

Com o novo modelo, surgiram muitas leis, sendo a mais famosa conhecida como a Lei do Senhor e Empregado, que permitia a prisão do operário que abandonasse o trabalho e o pagamento de salários ínfimos, o que obrigava o operário a trabalhar sem parar para obter o mínimo para sua sobrevivência. Apenas os domingos eram de folga, dia de orar ao Senhor e agradecer a Deus a tirania do relógio, a divisão da vida em minutos, a batida regular da máquina e todo o choque de uma vida disciplinada e controlada pelo mundo capitalista.

Uma vida urbana impregnada de fumaças e imundícies, sem serviços públicos básicos, repleta de doenças respiratórias ou intestinais, que eliminou as festas, os passeios e os jardins, transformando os operários em pálidas massas amarelas (CANÉDO, 1987, p.2).

É nesse cenário que surge a medicina do trabalho enquanto especialidade médica, no momento em que o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES e DIAS, 1991).

Podem-se encontrar relatos na história, como o de Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aqueles propiciados por entidades filantrópicas. Para isso procura o Dr. Robert Baker, seu médico, pedindo que indicasse qual a maneira pela qual ele, como empresário, poderia resolver tal situação. Baker recomenda colocar, no interior de sua fábrica, seu próprio médico, que servirá de intermediário entre ele, seus trabalhadores e o público. Deixar o médico visitar sua fábrica, sala por sala, sempre que existam trabalhadores realizando suas tarefas de maneira para verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma, poderia ser dito que o médico era a sua defesa, pois a ele havia sido dada a autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos operários. E se algum deles viesse a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico é quem deveria ser responsabilizado. (MENDES e DIAS, 1991).

A resposta do empregador foi a de contratar Baker para trabalhar na sua fábrica, surgindo assim, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho.

Da história de Baker e Dernham, desenvolvem-se os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades de tais serviços:

- direção nas mãos de pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusesse a defendê-lo;
- centralização na figura do médico.

- a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica.
- a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico, porém o método e a técnica apareceram anos depois com a chegada da Ergonomia.

A implantação de serviços baseados nesse modelo rapidamente expandiu-se por outros países, paralelamente ao processo de industrialização e posteriormente, aos países periféricos, com a transnacionalização da economia, segundo Mendes e Dias (2006). A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, como expressão do seguro social, diretamente providos pelo Estado, via serviço de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando ao mesmo tempo, sua característica enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador - e freqüentemente também de seus familiares - ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Em 1953, através da Recomendação 97 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização dos “Serviços de Medicina do Trabalho”. Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de

“Serviços Médicos do Trabalho”. Dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem do dia da Conferência Internacional do Trabalho em 1958, substituiu a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho”.

Atualmente, após diversos casos de processos trabalhistas, debates entre as áreas de saúde, e sindicatos, observa-se a divisão da responsabilidade sobre a manutenção da saúde dos operários.

A busca pela expansão do capital e as constantes adaptações a novas necessidades e aspirações do mercado fazem com que seja fundamental o perfeito controle gerencial sobre o processo de trabalho com a criação/alteração do processo produtivo. Braverman (1987) analisa a origem da gerência como sendo decorrente das novas relações sociais que estruturam o processo produtivo e o antagonismo entre aqueles que executam o processo e os que se beneficiam dele. Os que administram e executam trazem às fábricas sua força de trabalho e pretendem extrair dessa força de trabalho a vantagem máxima para o capitalismo. Foram também as rápidas mudanças que podem, facilmente, tornar obsoletas as principais empresas vencedoras de ontem (KOTLER, 1998). Mas é principalmente a partir do século XIX que as mudanças nas relações de trabalho vêm alterando-se de forma mais rápida e intensa. A introdução de novas tecnologias leva à necessidade de novas estruturas organizacionais e a revolução tecnológica vem promovendo a aproximação de mercados distantes geográfica e culturalmente permitindo às empresas ampliação de seus mercados e fontes de suprimentos.

Mas o processo de globalização também tem mostrado que grande parte do mundo está empobrecendo, se comparado às últimas décadas. Embora os salários possam ter aumentado, o poder de compra real tem declinado, principalmente para as pessoas menos habilitadas da força de trabalho. Kotler, (1998, p. 24-26) ao apresentar dados, mostra que, nos Estados Unidos, muitas famílias somente conseguiram manter seu poder de compra porque as mulheres passaram a trabalhar. Muitos outros trabalhadores perderam seus empregos, à medida que os fabricantes norte-americanos reduziram seus quadros de funcionários para conter custos. A força de trabalho das indústrias de computadores, aço, automóveis, indústria têxtil e de outros setores foi reduzida a uma fração do que era antes. As diferenças de renda entre países ricos e pobres cresce. E destaca, ainda, que os anos 80 ensinaram uma lição surpreendente para as empresas de todas as partes do mundo, a de que não podem ignorar os concorrentes estrangeiros, os mercados internacionais e as fontes de suprimento localizadas fora do país; não podem permitir que seus custos salariais e de materiais estejam desajustados em relação ao restante do mundo; e não podem ignorar o surgimento de novas tecnologias, materiais, equipamentos e de novas formas de organização e marketing.

É nesse sentido que novos processos produtivos e novas formas organizacionais vão se apresentando, na busca de soluções para problemas de competitividade, crise de capital, busca de melhores padrões de qualidade. O tradicional sistema *fordista* de produção com seu respectivo processo de trabalho que dominou as indústrias durante quase todo o século XX são substituídos por

novos conceitos: terceirização, *toyotismo*, *just-in-time* entre outros que passam a ser vistos como mais adequados, promovendo flexibilidade em contraposição à rigidez do *fordismo*.

Cada um com suas características próprias demonstram que, de forma geral, todos convergem na busca da qualidade total com um envolvimento e comprometimento de todos os atores do processo, a polivalência e qualificação do corpo funcional, bem como melhor aproveitamento de materiais, estoques e matérias-primas.

Vários desses modelos organizacionais do trabalho, as novas relações e níveis hierárquicos, as criações de comissões internas de representantes dos trabalhadores, são vistos, no primeiro momento, como possíveis grandes conquistas. Entretanto alguns estudiosos como Lima (1994) vêm contrapondo a essa visão a posição de tratar-se muito mais de táticas de envolvimento do pessoal para melhor produtividade visando à obtenção de melhores lucros, bem como formas de impedir organizações que possam insuflar movimentos contestatórios.

É inegável que houve grandes melhorias das relações e direitos do trabalho, entretanto estas estão muito aquém da evolução dos processos em que estão envolvidas, assim como do reconhecimento da sua importância no desenvolvimento desse processo. A empresa passa a ter obrigações em propiciar condições favoráveis para o trabalho, ergonomicamente corretas, salutaras, e com um sistema organizacional bem definido. A equipe de medicina do trabalho

faz um acompanhamento com os trabalhadores, para identificar os problemas quando aparecem e encaminha para os tratamentos adequados e ou afasta o trabalhador quando necessário. Mas, continua sendo do próprio trabalhador a responsabilidade pelo cuidado de sua saúde, mesmo havendo equipe multidisciplinar durante sua atividade laboral para cuidar do considerado bem estar físico e mental.

São comuns os processos industriais que aumentam tarefas para reduzir o tempo de execução, causando grande sobrecarga aos indivíduos. As formas de contratação diversas acabam criando situações diferentes entre os trabalhadores e incentivando a competitividade entre eles. Num mercado de trabalho como o brasileiro, com excesso de oferta de mão-de-obra, e que apresenta sérios problemas educacionais, a qualificação profissional decai. Reforça-se, assim, a idéia de que ser um vencedor ou um perdedor depende única e exclusivamente de cada um, escondendo debaixo do tapete as deficiências do sistema. Num mercado diversificado e globalizado, com aumento de exigências de trabalho e qualificações em processos inovadores, e as formas produtivas sendo altamente tecnológicas, as relações de trabalho tornam-se cada vez mais desequilibradas.

É assim, também, no que se refere à medicina do trabalho. Os novos tipos de produção e altos níveis de exigência de excelência do trabalho vêm acarretando o surgimento de novas doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho e aumentando o número de trabalhadores lesionados. Dentro do universo das empresas no Brasil, poucas são aquelas que apresentam

programas responsáveis e bem estruturados visando minimizar e prevenir o aparecimento de doenças laborais e, mesmo assim, em muitos casos, o objetivo maior é resguardar a empresa de possíveis reclamações trabalhistas.

Neste capítulo abordou-se a evolução do trabalho e suas principais mudanças no decorrer da história.

4 A LER/DORT COMO DOENÇA

Neste capítulo serão abordados os aspectos mais relevantes das doenças ocupacionais e sua inter-relação com o trabalho.

4.1 A LER/DORT e sua identificação na história

Assim como o trabalho as doenças ocupacionais sempre existiram e, portanto, presume-se que as LER (Lesão por Esforço Repetitivo) DORT (Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho), siglas que englobam um conjunto de patologias músculo-esqueléticas, sejam também, uma realidade antiga. Mas foi Bernardino Ramazzini, em 1700, quem iniciou o estudo e a correlação da doença com a ocupação das pessoas.

As LER/DORT têm sido prevalentes em todas as atividades que envolvem uso intensivo dos membros superiores e geram prejuízos de toda natureza para as organizações: absenteísmo, dificuldade de obtenção de resultados operacionais, tensão nas relações de trabalho, problemas com a fiscalização e com o Ministério Público, além de pesadas indenizações, reivindicadas por trabalhadores que julgam ter sua saúde prejudicada. Esta doença ocupacional pode gerar ao indivíduo incapacidade laborativa parcial ou até mesmo aposentadoria por invalidez (COUTO, 2000).

Couto pontua que, por todos esses motivos, a questão LER/DORT tem sido prioritária nas organizações, especialmente entre os gestores envolvidos com a Gestão de Pessoas, Relações Humanas e Medicina do Trabalho. Na procura de soluções e de prevenção, as organizações apelaram para o conhecimento científico prevalente e descobriram que ela se iniciou há muito tempo.

De acordo com Barbosa (2002), as doenças que afetam os trabalhadores começaram a ser descritas em 1473 com Ellenborg que estudou os trabalhadores de ourivesaria, depois Paracelsus, em 1567, dando foco aos mineiros e seguido por Ramazzini (considerado o criador da medicina ocupacional) que, em 1700, escreve *De Morbis Artificum Diatriba* e em 1713 *Doenças dos trabalhadores*.

Entre 1830 e 1908, Bell descreve a câibra do escrivão, Robinson, a do telegrafista e Growes a interpreta como neurose ocupacional. Em 1908 a câibra do telegrafista é reconhecida como doença ocupacional e sua incidência cresce vertiginosamente. Mas 1911, o *The Great Britain and Ireland Post Office Department Committee of Enquiry* conclui que esta doença era apenas uma espécie de colapso nervoso, devido à instabilidade nervosa e à fadiga repetitiva, fazendo com que sua incidência caísse consideravelmente (BARBOSA, 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, o ano de 1947 foi marcante para a Saúde Ocupacional, pois criou-se a *Ergonomic Reserch Society* que iniciou uma corrente na Ergonomia chamada de Fatores Humanos (*Human Factors &*

Ergonomics). Barbosa (2002) relata que no Japão o problema se inicia em 1958 com o surgimento das “tenossinovites” que receberam outra denominação em 1965, passando a serem chamadas de “síndrome cervicobraquial”. Um comitê da Associação Japonesa de Saúde Industrial, em 1973 descreve a doença como “desordem ocupacional cervicobraquial” e define seus estágios.

Browne, Nolan e Faithful, publicam em 1984 o *Occupational Repetition Injuries; Guidelines for Diagnosis and Management*, definindo diretrizes para diagnóstico clínico e estágios da doença. A partir desse momento, as lesões por esforço repetitivo (LER) que são a tradução do termo *RSI (repetition strain injuries)*, usado na Austrália, formam definidas como:

[...] doenças músculo-tendinosas dos membros superiores, ombros e pescoço, causadas pela sobrecarga de um grupo muscular particular, devido ao uso repetitivo ou pela manutenção de posturas contraídas, que resultam em dor, fadiga e declínio do desempenho profissional. (BARBOSA, 2002, p.4).

No ano de 1985, a Austrália vive uma epidemia de LER que atinge seu pico máximo, fazendo com que a *Council of Hand Surgery* defina e reconheça a seriedade da doença em relação aos custos para a sociedade; que a base patológica para explicar a continuação dos sintomas estava presente apenas em uma pequena quantidade de casos; que a maioria dos casos deriva de causas nervosas e que podem ser caracterizadas como neurose ocupacional, iniciando uma reversão do quadro instalado. Ainda em 1985, a OMS (Organização Mundial de Saúde) denomina essas doenças como “Doenças Relacionadas ao Trabalho (DORT)” e as classifica como multifocais, ou seja, doenças que para se instalarem no corpo necessitam de vários fatores de influência sobre o organismo (BARBOSA, 2002).

No Brasil, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) órgão que controlava a saúde ocupacional do trabalhador, em 7 de novembro de 1986, publica a circular n°. 501.001.55, n°. 10, orientando as suas superintendências a reconhecerem a tenossinovite como doença do trabalho nas atividades com exercícios repetitivos (CODO, 1995). Quase um ano mais tarde, em 06 de agosto de 1987, o então Ministério da Previdência Social, na Publicação da Portaria n°. 4062, reconhece a tenossinovite como doença do trabalho. E nesse mesmo ano, Armstrong sistematiza os fatores biomecânicos de risco para as lesões de trauma cumulativo em *Ergonomics considerations in hand and wrist tendinitis* (BARBOSA, 2002).

Em 1991, O Ministério unificado do Trabalho e da Previdência Social, dentro da série “Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade” fez publicar a de lesão de esforços repetitivos (LER), a qual adotou, fundamentalmente, os critérios de diagnóstico e tratamento do Dr. Chrysostomo Rocha de Oliveira, médico do trabalho e coordenador do Núcleo de Coordenação de Saúde do Trabalhador (Nusat) de Belo Horizonte, MG (CODO, 1995).

No ano seguinte, em 08 de junho de 1992, a Secretaria da Saúde de São Paulo, através da resolução SS 197, aprova a norma técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, estágios evolutivos, procedimentos técnico-administrativos e prevenção das lesões por esforços repetitivos (CODO, 1995). A *British Orthopaedic Association* conclui que existe forte evidência de que muitos casos de Síndrome do Túnel do Carpo são, realmente, de origem ocupacional (CODO, 1995).

O INSS adota a norma técnica SS 197 como base para uma nova e revê de forma abrangente sua norma de 1991, adotando os estágios clínicos e evolutivos da doença. Nessa mesma época, iniciava-se a consolidação da denominação das doenças ocupacionais como *worked-related musculoskeletal disorders (WMSDs)*, ou seja, distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, nos grandes centros científicos do mundo e os primeiros casos de “epidemias” em Minas Gerais e São Paulo, e outros espalhados pelo estado (BARBOSA, 2002).

Os anos 90 foram essenciais para a evolução dos conhecimentos psicossociais e clínicos das doenças ocupacionais, pois foram publicados muitos livros e artigos científicos sobre o assunto. Em julho de 1997, no *Diário Oficial da União* foi publicado pelo INSS, em minuta de texto, um apelo para que a sociedade contribuísse para a elaboração da “Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade laborativa em Doenças Ocupacionais – Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT”. E ainda no mesmo ano, o *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)* dos Estados Unidos, o mais respeitado centro de estudos em saúde e segurança no trabalho, publica na Internet uma revisão bibliográfica de fatores de risco que causam as DORTs.

Segundo Couto (1998), as LER, em publicação de instrução interna de serviço foram designadas pela Previdência Social brasileira pela sigla DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho), têm aumentado exponencialmente nos últimos 25 anos, sendo, por isso, uma fonte de preocupação e de estudos na área da Medicina do Trabalho e da Saúde Pública.

4. 2 Aspectos clínicos

A LER (Lesão por Esforço Repetitivo) / DORT (Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho) é uma doença que começa a ser relatada no final do século XX, e continua a promover polêmica até os tempos atuais. O que é fato é que ela se encontra como parte de um jogo de interesses distintos.

As lesões decorrentes de atividade laborativa ainda dividem as opiniões com relação à nomenclatura que deve ser adotada. O termo LER foi amplamente usado até o surgimento da sigla DORT, que é capaz de englobar melhor as características que envolvem as doenças ocupacionais. Codo (1998) diz que a grande polêmica sobre DORT se inicia pela enorme dificuldade em fechar um diagnóstico amplo, que envolva as três abordagens essenciais: o diagnóstico clínico (doença fisiológica), o psicológico (com personalidade única do trabalhador), e o organizacional (com organização e divisão do trabalho dentro da empresa).

Salles (1991) refere-se a que os DORTs têm sido um grande problema para a saúde ocupacional por gerar um alto absenteísmo nas empresas brasileiras. Segundo Barbosa (2002), é importante conhecer o processo etiológico desta doença para poder prevenir e tratar de forma adequada o problema. Segundo o mesmo, existe uma TRÍADE da lesão ocupacional que engloba aspectos de mobiliário inadequado, ausência de conhecimentos sobre ergonomia e estilo de vida incoerente.

É importante acrescentar os fatores psicossomáticos e sociais no desenvolvimento de tais patologias, pois é freqüente encontrarmos pessoas que são expostas a todas as causas citadas acima e não desenvolvem nenhuma alteração, ou ainda aquelas que expostas a apenas um destes fatores começam a apresentar sintomatologia. E Paulo Schiller preconizou que qualquer doença é a resultante entre o fenômeno orgânico e seu caráter psíquico. E que o sofrimento é causado pela dor conduzida pelos feixes neurais e, também, talvez em maior grau, pelas questões emocionais que suscita (*apud* CODO, 1998).

Marinho e Fiorelli (2005) fazem uma constatação importante quando colocam que situações inusitadas ou imprevistas, caracterizadas pela apresentação de novos desafios, aos quais as pessoas são submetidas (querendo ou não), a ele reagem de variadas maneiras. E estes tipos de situações acontecem diariamente no trabalho e em casa, e cada um irá reagir de forma diferente aos mesmos problemas.

Os mesmos autores ainda descrevem um outro comportamento que para este trabalho e o entendimento dos DORTs se torna importante: trabalho precisa ter prática e desenvolvimento de criatividade, além de ser enriquecedor para que o indivíduo não comece a somatizar suas frustrações e problemas, gerando assim queixas físicas. No caso de trabalho em linha de produção, isso não é possível pela fragmentação da manufatura do produto, longos períodos de repetitividade, padrões estabelecidos e inalteráveis para assegurar precisão e produtividade, e pelo rígido seguimento dos procedimentos fixados que geram a monotonia e dão espaço para a somatização dos sentimentos.

O estresse também deve ser citado quando o tema abordado é DORT, pois esse tem influência direta na fragilização do sistema imunológico dos indivíduos, facilitando assim a instalação de patologias. Os fatores que ocasionam o estresse podem ser divididos em quatro grandes grupos, que podem se manifestar sozinhos ou associados, são eles: fatores pessoais, familiares, sociais e profissionais. Lembrando que os fatos que ocorrem no ambiente de trabalho influenciam os que acontecem fora dele e vice-versa, tornando extremamente complexa a rede de causa-efeito (MARINHO e FIORELLI, 2005).

Nicolleti (2006) ressalta, ainda, que os estados emocionais alterados e carregados de conotação negativa apresentados pelos pacientes portadores de DORT podem ser originados por alterações somáticas periféricas, que acabam por influenciar a homeostase psicossomática, produzindo perturbações psíquicas, representando manifestação legítima de distúrbios resultantes de características pessoais de cada trabalhador e da exposição aos ambientes competitivos e pouco atentos às necessidades individuais da atualidade.

As estruturas anatômicas acometidas pelas LER/DORT estão localizadas no interior das articulações, ou seja, nos ligamentos, cápsulas e sinóvias, ou ainda ao seu redor, nos tendões, músculos, fáscias e nervos. Nestas regiões que há uma concentração grande das cargas originadas pelos músculos em todos os movimentos, desde os mais simples até os mais complexos (NICOLLETI, 2006).

O mesmo autor ainda ressalta que, apesar da incidência alta de carga nas articulações, o ser humano não é capaz de perceber sua presença, pois existe um equilíbrio muscular muito eficaz entre as forças que controlam os movimentos. Quando estas forças entram em desequilíbrio, a sobrecarga em tendões e cápsulas articulares aumenta e pode gerar lesões como bursites e tendinites.

Na visão de Barbosa (2002), os DORTs são uma consequência da somatória de fatores de repetitividade de movimento, força excessiva, postura errada e compressão e vibração local.

A repetitividade de movimentos e a força excessiva para realizar uma tarefa, causam micro lesões musculares e inflamações locais que, se somadas ao uso prolongado e pelo efeito cumulativo, são capazes de causar lesões incapacitantes e crônicas. Couto (1998) cita que as vibrações mecânicas nas frequências de 8 a 100 hz são as mais agressivas ao corpo.

Para a repetitividade não causar tantos danos à musculatura, é necessário que ela esteja fortalecida e alongada, por isso, é fácil perceber como as pessoas que mantêm atividade física constante sofrem menos com algias musculares do que aquelas sedentárias. Barbosa (2002) acrescenta, ainda, que a manutenção de posturas inadequadas gera esforços adicionais e inesperados, que atingem a coluna vertebral e as extremidades dos membros superiores, levando à fadiga muscular pela manutenção prolongada de contrações musculares estáticas.

Hargberg, *apud* Couto (1998) cita as 10 posturas críticas, são elas:

1. todas as posturas estáticas em geral;
2. pescoço excessivamente estendido;
3. pescoço excessivamente fletido;
4. braços abduzidos;
5. braços elevados acima da altura dos ombros;
6. membros superiores suspensos por longos períodos;
7. sustentação estática dos antebraços pelos braços;
8. flexão exagerada de punho;
9. extensão exagerada de punho;
10. desvio ulnar mantido.

A compressão mecânica e a vibração têm um efeito semelhante ao das contrações musculares estáticas, pois causam diminuição da irrigação sangüínea local, não permitindo a chegada de nutrientes, ou à retirada de catabólitos da musculatura. Mais um fator que deve ser considerado é o da predisposição, ou seja, a capacidade aumentada de uma pessoa contrair determinada doença. DORT não é, assim, um termo que denomina uma patologia, mas sim um conjunto delas que afetam o sistema músculo-esquelético decorrente das atividades laborais (COUTO,1998).

Segundo o Ministério da Saúde e da Previdência Social, as patologias que estão incluídas nesta categoria são:

1. Bursite – inflamações que acometem as bursas, bolsas de paredes finas, constituídas de fibras colágenas e revestidas de membrana sinovial, existentes em regiões onde acontecem atritos dos tecidos como as proximidades das inserções tendinosas e articulações.

2. Cistos Sinoviais – tumorações císticas circunscritas, únicas ou múltiplas, geralmente indolores, que aparecem com frequência na região dorsal do punho. São gerados pela degeneração mixóide do tecido sinovial, podendo surgir em articulações, tendões, polias e ligamentos.

3. Contratura ou Moléstia de Dupuytren – o acometimento da fásia palmar que fibrosa impede a extensão normal dos dedos, com maior frequência em anulares, mínimos, médios, indicadores e polegares, nesta seqüência.

4. Dedo em Gatilho – inflamação decorrente da compressão da polia dos músculos flexores do polegar que “trava” a extensão do mesmo e pode gerar sinovite e tendinite local.

5. Epicondilite – inflamação causada por ruptura ou estiramento dos pontos de inserção dos músculos flexores do carpo – no epicôndilo medial - ou extensores do carpo – no epicôndilo lateral - no cotovelo.

6. Síndrome do Canal de Guyon – decorre da compressão do nervo ulnar pelo Canal de Guyon, um túnel em torno do osso pisiforme que se apresenta espessado e enrijecido por fasciite.

7. Síndrome do Cervicobraquial – degeneração do disco cervical que se desenvolve a partir de uma combinação de hereditariedade constitucional e causas ambientais.

8. Síndrome do Pronador Redondo – ocorre pela compressão do nervo mediano abaixo da prega do cotovelo, podendo ocorrer entre os dois ramos musculares do pronador redondo, ou da fáscia do bíceps, ou ainda na arcada dos flexores dos dedos.

9. Síndrome do Desfiladeiro Torácico – compressão do plexo braquial na altura do desfiladeiro torácico, formado pela clavícula, primeira costela, músculos escaleno anterior e médio.

10. Síndrome da Tensão do Pescoço ou Mialgia tensional (de etiologia controversa, causa dores no pescoço e ombro com provável mecanismo patogênico a fadiga muscular localizada, devido à contração estática e sistemática do músculo, levando ao acúmulo de produtos finais metabólicos ou suprimento insuficiente de oxigênio).

11. Síndrome do Túnel do Carpo – decorre da compressão do nervo mediano pelo ligamento anular do carpo, que se apresenta espessado e enrijecido por fascite. A diminuição do espaço aumenta o atrito dos tendões dos músculos flexores dos dedos com os ligamentos causando também tenossinovites e tendinites.

12. Tenossinovite dos extensores dos dedos – inflamação que acomete os tendões e bainhas dos músculos extensores dos dedos.

13. Tendinite do músculo Supra-espinhoso e Bíceps braquial – as tendinites da bainha dos músculos rotadores como estes são incapacitantes e podem levar à ruptura dos tendões. A tendinite Bicipital secundária geralmente é decorrente de lesões da bainha dos rotadores e a primária de traumas diretos e indiretos do ombro, ou ainda exercícios excessivos e atividades repetitivas. A tendinite do Supra-espinhoso pode

ser causada por alterações anatômicas que levam a isquemia local e degeneração.

14. Tenossinovite de DeQuervain – inflamação causada pelo espessamento do ligamento anular do carpo, no primeiro compartimento dos extensores por onde passam os tendões do músculo abdutor longo e extensor curto do polegar.

Segundo Couto (1991), o diagnóstico das DORTs deve ser essencialmente clínico, realizado através de uma anamnese direcionada e um exame físico completo, pois os pequenos detalhes farão diferença no resultado final. Barbosa (2002) enfatiza que a entrevista deva abordar a atividade profissional atual e pregressa, levando-se em conta as funções assumidas, a duração dessas atividades, o tempo de trabalho, as condições ergonômicas. Além disso, incluir dados de história da doença atual, e o exame físico rigoroso.

É importante ressaltar que deve haver também uma preocupação com as tarefas realizadas fora do trabalho, porque geralmente essas influenciam para a exacerbação das patologias encontradas. Uma boa orientação de ergonomia no lar e de movimentos a serem modificados ou evitados influi positivamente nos tratamentos posteriores. Um acréscimo da análise do perfil psicológico também é de grande valia, pois a ciência já vem comprovando a influência da mente sobre o estado físico das pessoas. Segundo Marinho e Fiorelli (2005, p. 30),

[...]o reconhecimento da estreita interdependência entre o somático e o mental vem abolir uma dualidade que sempre intrigou filósofos ao longo da História. (...) essa preocupação deve existir desde a anamnese, procurando-se desenhar um detalhado perfil do paciente, incluindo-se aspectos puramente psíquicos, além dos físicos e fisiológicos.

Marinho e Fiorelli (2005) defendem que a habilidade de um indivíduo em lidar com uma situação é determinada por sua estrutura psicológica. Isso é muito bem observado no dia-a-dia de tratamento ambulatorial, pois é fácil perceber que o sucesso do tratamento clínico encontra-se fortemente associado à questão de conscientização e postura do indivíduo.

As DORTs têm como principal característica inicial a presença de dor no sistema músculo-esquelético, que não causa alterações suficientes para ser diagnosticada como doença ocupacional, pois todo indivíduo que trabalha durante horas com os membros superiores acaba gerando algumas alterações músculo-esqueléticas. Observam-se senhoras que, como *hobby*, fazem *crochê* ou ainda mulheres que acabaram de passar roupa por longos períodos, serão encontradas as mesmas alterações músculo-esqueléticas.

É o que aumenta as chances de trabalhadores tentarem simular um problema músculo-esquelético, para ser afastado da empresa e conseguir estabilidade trabalhista, ou até mesmo ficar afastado e trabalhar com outras atividades para melhorar as condições financeiras. Sendo assim, os parâmetros de diagnóstico inicial passam a ser muito subjetivos, dependendo da interpretação do exame físico e da análise do posto de trabalho para um fechamento do nexa causal. Só será possível comprovar objetivamente sua existência depois que ela evoluir e alterar exames de imagem.

Há instituições preocupadas em compreender e dividir os estágios das doenças ocupacionais. Mas, quanto mais é conhecido o processo de instalação

das doenças do trabalho, melhores serão as intervenções feitas para controlar o problema e até mesmo tratá-lo. O Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais desenvolveu uma classificação interessante e simples para os estágios de evolução destas doenças (BARBOSA, 2002). Há também as classificações, segundo Mendes (1995) e Oliveira (1998), que são um pouco mais completas e servem como referência ainda hoje.

A classificação vigente é a elaborada pelo Ministério da Previdência Social, em sua Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade de Julho de 1997, em que a doença é dividida em quatro graus, a saber:

1. Grau I: sensação de desconforto ou peso no membro afetado.

Dor espontânea localizada nos membros superiores e cintura escapular, às vezes com pontadas que aparecem em caráter ocasional durante a jornada de trabalho e não interferem na produtividade. Não há uma irradiação nítida, melhora com repouso e em geral é leve e fugaz. Os sinais clínicos são ausentes e a dor pode manifestar-se durante o exame clínico, quando comprimida a massa muscular envolvida. Tem um prognóstico bom.

2. Grau II: a dor é mais persistente e intensa e aparece durante a jornada de trabalho intermitentemente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas já com reconhecida redução de produtividade nos períodos de exacerbação. A dor torna-se localizada e

pode estar acompanhada de formigamento e calor, além de leves distúrbios de sensibilidade. Pode haver uma irradiação definida. A recuperação é mais demorada mesmo com o repouso, e a dor pode aparecer, ocasionalmente, quando fora do trabalho durante as atividades domésticas. Os sinais clínicos, de modo geral, continuam ausentes. Pode ser observada, por vezes, pequena nodulação acompanhando a bainha dos tendões envolvidos. A palpação da massa muscular pode revelar hipertonia e dor. Prognóstico favorável.

3. Grau III: a dor torna-se mais persistente, é mais forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor, nem sempre a fazendo desaparecer por completo, persistindo, assim, o dolorimento. Há freqüentes paroxismos dolorosos, mesmo fora do trabalho, especialmente à noite. É comum a perda de força muscular e parestesias. Há sensível queda da produtividade quando há impossibilidade de realizar a função, os trabalhos domésticos são limitados ao mínimo e muitas vezes não são executados. Os sinais clínicos estão presentes através do edema recorrente, a hipertonia muscular constante, as alterações de sensibilidade, especialmente nos paroxismos dolorosos e acompanhados de palidez e hiperemia e sudorese nas mãos. A mobilização e palpação do grupo muscular acometido provocam dor forte. Nos quadros com comprometimento neurológico compressivo a eletroneuromiografia pode estar alterada. Nessa etapa o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado.

4. Grau IV: a dor é forte, contínua, por vezes insuportável, levando o paciente a intenso sofrimento. Os movimentos acentuam consideravelmente a dor, que, em geral, se estende por todo o membro afetado. Os paroxismos de dor ocorrem mesmo quando o membro está imobilizado. As perdas de força e de controle dos movimentos se fazem constantes. O edema é persistente e podem aparecer deformidades, provavelmente por processos fibróticos, reduzindo a circulação linfática de retorno. As atrofias são comuns e atribuídas ao desuso. A capacidade de trabalho anulada e a invalidez caracterizam-se pela impossibilidade de trabalho produtivo regular. As atividades diárias são altamente prejudicadas e as alterações psicológicas com quadro de depressão, ansiedade e angústia são comuns. Prognóstico sombrio.

A classificação do Ministério da Saúde é completa e representa o cotidiano dos consultórios e clínicas que recebem trabalhadores portadores de doenças ocupacionais. Falta, ainda, acrescentar as algias de coluna lombar que não podem ser descartadas deste grupo de patologias que estão inseridas na sigla DORT, e que muitos autores citam como parte integrante.

Com essas etapas das DORTs delimitadas, pode-se verificar a importância da prevenção e o tratamento adequado destas patologias, durante sua fase de instalação. E também é importante para a produção da saúde. É possível observar também o quanto as DORTs incapacitam os trabalhadores, não só física mas também psicológica e socialmente. E o quanto é importante um trabalho intensivo com estas pessoas para ajudá-las a reintegrar-se nas

empresas e assim recobrar um pouco de sua dignidade. Depois de afastamentos prolongados, cirurgias diversas, dores incontroláveis e tratamentos sem fim, é preciso ter sensibilidade e muita organização por parte da empresa para tornar este trabalhador, novamente, parte produtiva do sistema de trabalho, sem prejudicá-lo mais e respeitando todos seus os direitos.

4.3 Aspectos jurídicos

As leis são criadas para atender as necessidades e anseios da sociedade, e a presença constante de pessoas com DORT usando o sistema de saúde público e privado, e recorrendo à justiça para ser indenizada por lesões permanentes adquiridas pela atividade laboral, requisitou uma adaptação das leis para esta demanda.

Podem-se verificar pela literatura, em debates e congressos, opiniões diferenciadas sobre as doenças ocupacionais, por fazerem parte de um jogo de interesses distintos. Empresários, médicos do trabalho e advogados defendem que os trabalhadores simulam as patologias para conseguir estabilidades e benefícios das organizações, assim estes tomam atitudes que vão desde demissões até subdimensionamento das CATs, para não terem que arcar financeiramente com o tratamento de doenças que nem sempre têm cura. Sindicalistas e trabalhadores, por outro lado, argumentam que as empresas querem usufruir da mão-de-obra do trabalhador, sem pensar em seu bem-estar e saúde, e assim, o debate se mantém interminável.

Pode-se considerar que há trabalhadores que se utilizam de alguns motivos para afastamento, sobretudo quando as tarefas não são agradáveis e os ambientes de trabalho não são motivantes. No entanto, também há ambientes que contribuem para o adoecimento e as empresas não cuidam nem assumem a responsabilidade pela produção dessas doenças nos ambientes de trabalho. Analisa-se sempre cada situação para considerar a saúde do trabalhador.

Dados divulgados por “*O Estado de São Paulo*” em seu caderno *Economia* do dia 12 de fevereiro de 2007, revelam que o Brasil ocupa o primeiro lugar em ações trabalhistas com cerca de dois milhões de processos por ano, ultrapassando os Estado Unidos com 75 mil, a França com 70 mil e o Japão com 2,5 mil.

A consequência deste número de ações trabalhista é uma conta astronômica para o País, pois para cada R\$1.000,00 julgados, a Justiça do Trabalho gasta R\$1.300,00 e só no ano de 2005 foram pagos aos reclamantes R\$ 7,19 bilhões e em 2006 R\$ 6,13 bilhões até setembro (PEREIRA, 2007, b3).

Segundo Barbosa (2002), as relações entre saúde e trabalho disciplinadas podem ser entendidas por três áreas no Poder Executivo: Saúde, Trabalho e Previdência ou Seguridade Social, no âmbito federal, estadual e municipal.

No Poder Judiciário a interação acontece através do Ministério Público/Curadorias de acidentes de trabalho, pois com ele está a

responsabilidade pela saúde ambiental, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (inclusive dos trabalhadores). O Ministério do Trabalho ficou responsável pela segurança e saúde no trabalho, e o Ministério da Previdência Social, pela gestão do seguro de acidente de trabalho.

Para Barbosa (2002), alguns artigos são importantes para a saúde do trabalhador, como o Art.196 da Constituição Federal de 1988 que traz o conceito de saúde. Além do Art.7º sobre os direitos sociais e o Art.200 e o 129 III sobre direitos na saúde. Ainda existe a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) do decreto Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943 como fortes aliadas dos direitos do trabalhador na área de saúde e trabalho. No Código Civil (Art.159, 1.521 e 1.522) e no Código Penal (Art. 132) também há suporte jurídico para proteção dos direitos trabalhistas.

Mas a maior aliada no sentido de regulamentar alguns parâmetros na saúde do trabalhador surgiu em 1977 com a denominação de Normas Regulamentadoras ou NRs como são conhecidas. E, concordando com Barbosa (2002), as normas que podem ajudar muito os trabalhadores quando o assunto envolve as DORTs são:

- NR 1 Das Competências,
- NR 4 Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT,
- NR 5 Comissão Interna de Acidente de Trabalho,

- NR 7 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional,
- NR 9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA,
- NR 17 Ergonomia.

A realidade é que as NRs formam um conjunto dividido em grupos, mas que se complementam e beneficiam amplamente os trabalhadores. São eles:

- Grupo I - Abrangência geral: NR 1 a 10, 27, 28;
- Grupo II - Atividade industrial: NR 11 a 16;
- Grupo III - Aplicação ampla: NR 8, 17, 20, 23 a 26;
- Grupo IV - Aplicação a grupos específicos: NR 18, 29 a 33
- Grupo V - Trabalhador rural: NRR 1 a 5.

Este capítulo elucidou alguns aspectos importantes sobre as LER/DORT, do ponto de vista histórico, clínico (físico e psicológico) e jurídico, que tornam o assunto complexo e de difícil gestão.

5 A GESTÃO DA LER/DORT NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Para estudar um programa de prevenção ou mesmo de recuperação dos casos de LER/DORT vale compreender como é a gestão dessa doença no sistema de saúde brasileiro. As LER/DORT passaram a ser parte de política pública há duas décadas. Por conseqüência, a compreensão com seus cuidados, no caso brasileiro, envolve, necessariamente, o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde.

Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. (www.dataprev.gov.br, 08/09/2007)

Os acidentes devidos à doença do trabalho são classificados como acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade (www.dataprev.gov.br, 08/09/2007).

No ano de 2005, comparado com o ano anterior, o número de acidentes de trabalho registrados aumentou 5,6% sendo que as doenças do trabalho representaram 6,2% do total. As mulheres participaram com 23% no total

de acidentes registrados e 48,4% nas doenças do trabalho. (www.dataprev.gov.br, 08/09/2007).

As mulheres geralmente trabalham em condições piores e ganham menos que os homens, e ainda por cima são segregadas pelo fato de possuírem dupla jornada de trabalho e terem que se afastar dele durante a gravidez (SALIM, 2003). Nos tempos atuais, pode-se ver que esse tipo de segregação perde a força, pois a mulher tem-se mostrado cada vez mais capaz de assumir o mercado de trabalho em lugares que antes eram exclusivamente ocupados pelos homens.

Ainda em 2005, os códigos de CID mais incidentes nas doenças do trabalho foram M65 - sinovite e tenossinovite (24,3%), M75 - lesões no ombro (13,7%) e M54 - dorsalgia (7,5%) do total e as partes do corpo mais incidentes foram o ombro e dorso (www.dataprev.gov.br, 08/09/2007)

Números retirados do site www.dataprev.gov.br, do Ministério da Previdência Social dia 12 de junho de 2006, mostram a inquietante situação dos problemas de saúde gerados pelo trabalho no Estado de São Paulo, através dos números de benefícios concedidos pela instituição no ano de 2005, como ilustra a tabela a seguir.

TABELA 1 – Benefícios concedidos pela Previdência Social no ano de 2005 no estado de São Paulo.

Ano 2005	Clientela		
	Urbana	Rural	Total
Auxílio Doença	541595	5491	547086
Aposentadoria Idade	61577	20029	81606
Salário-Maternidade	32722	848	33570
Pensões por Morte	67552	7177	74729
Aposentadoria Invalidez	76068	1601	77669
Amparo Idoso	37200	0	37200
Auxílio Doença Acidentário	53210	509	53719
Aposentadoria Tempo Contrib. LOPS	54283	366	54649
Amparo Portador de Deficiência	23199	0	23199
Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário	5559	34	5593
Aposentadorias Acidentárias	3417	60	3477
Auxílio Reclusão	2604	226	2830
Outras Aposentadorias Tempo Contrib	526	0	526
Auxílio Acidente	523	13	536
Pensões Acidentárias	399	14	413
Ap Tempo Contrib Especial	150	0	150
Abono de Permanência	4	0	4
Total	960588	36368	996956

Fonte: Previdência Social – jun. 2006

As aposentadorias acidentárias foram responsáveis pelo afastamento de 3477 trabalhadores dentre eles são incluídos os que possuem incapacidade decorrente da LER/DORT.

Auxílio acidente e Suplementar acidentário envolvem beneficiários que recebem 50% do valor de seus salários para ajuda de custo com tratamentos necessários para as patologias adquiridas nas empresas. Neste grupo de benefícios são considerados também os portadores de LER/DORT.

O auxílio doença acidentário que afastou das empresas 53719 pessoas é o benefício que mostra a realidade das doenças ocupacionais no Estado de São Paulo (o que inclui os casos de LER/DORT), pois são concedidos em presença de nexos causal do trabalho com a doença apresentada. Este número equivale a 18% do montante total de benefícios do ano de 2005, valor significativo para demonstrar a importância de tal assunto para o país.

A compreensão do cuidado com a LER/DORT, no caso brasileiro, deve passar necessariamente pelo INSS e a realidade da vivência do trabalhador acometido por ela é bastante estarrecedora. Dentre a literatura sobre o assunto foi recuperado o estudo de Marilene Affonso Romualdo Verthein, uma tese de doutorado, de 2001, que debate justamente essa questão. O estudo “Jogos de poder instituindo saber sobre as lesões por esforço repetitivo: as redes discursivas da recusa do nexo” (VERTHEIN, 2001) analisa o funcionamento do INSS diante dessa doença, a partir de dados dos arquivos do Instituto Nacional de Seguridade Social/ Rio de Janeiro.

Segundo o estudo, para os peritos e médicos do INSS essa doença é vista como subjetiva, e os trabalhadores são considerados astutos ou simuladores. Há uma tendência em ignorar os casos de LER/DORT porque, se os

trabalhadores estivessem realmente doentes, essa quantidade representaria um ônus para o sistema previdenciário. Esse estudo mostra que a atitude dos médicos é bastante reveladora: não estabelecem nexos causais e negam-se a emitir CATs (Comunicado de Acidente de Trabalho), desmerecendo os laudos médicos externos dos adoecidos. As URPs (Unidade de Reabilitação Profissional) destes institutos protegem laudos e decisões, mesmo no caso de incapacidade definitiva, em parte por desacreditarem na doença e nos adoecidos, em parte por não saberem o que fazer (CODDO, 1995).

No entanto, essa não é a realidade geral, há trabalhadores que buscam conseguir afastamentos, decorrentes das condições ruins que vivem no trabalho, da falta de motivação, de estímulo, e alterações da sua saúde. Em muitos postos do INSS, são colocados para realizar as perícias, médicos que não são especialistas no assunto, como o caso de ginecologistas e dermatologistas, para avaliar as patologias, aumentando a margem de erros nos diagnósticos e levando trabalhadores que apresentam conseqüências sérias dessa doença a receberem alta do afastamento, mesmo que ainda não tenham condições de trabalhar. E mesmo com o reconhecimento internacional sobre as doenças ocupacionais que envolvem as LER/DORTs, nesses casos continuam a ser consideradas como inexistentes.

De fato, o diagnóstico das patologias que compõem as LER/DORT não é fácil de ser realizado, isso envolve a avaliação da dor, um fator subjetivo e difícil de ser quantificado pela variação do limiar de dor de cada indivíduo. Além disso, o exame de ultrassonografia, o mais usado no diagnóstico da patologia,

ainda é muito questionado e em outros exames de imagem os resultados passam a ser positivos apenas quando as lesões já estão avançadas. O exame físico também apresenta problemas, pela dificuldade de avaliação das limitações de movimentos (que podem ser simuladas) e até mesmo do sofrimento de dor. Isso mostra que ter um profissional especializado no assunto para diagnosticar estas patologias é essencial nos serviços de perícia. E para estabelecer onexo causal, tão necessário para medir o quanto a atividade laborativa exercida foi determinante na instalação da doença em si, é preciso um laudo ergonômico detalhado do posto de trabalho.

O fato é que há uma população trabalhadora afastada que realmente apresenta doença decorrente de condições laborais e a LER/DORT é uma doença que pode provocar vários problemas na vida do trabalhador. Duas particularidades inerentes deste conjunto de doenças, a primeira é a síndrome da exclusão, de forte impacto social, que se explicaria pela qualidade de vida negada, uma vez que os incapacitados por estas doenças, em sua maioria mulheres jovens e em faixa etária mais produtiva da vida, se vêem privados da sociabilidade que a vida no trabalho proporciona. A segunda é a questão da segregação por gênero, que se expressaria pelo fato de a maioria dos portadores serem mulheres, fato esse essencialmente resultante dos processos de divisão social e sexual do trabalho que têm respondido pela exclusão social e econômica das mesmas (SALIM, 2003).

Neste capítulo foram abordados os principais números que envolvem a questão de das doenças ocupacionais e a gestão das LER/DORT realizada pelo sistema de saúde brasileiro.

No capítulo seguinte serão abordados os aspectos que envolvem as indústrias de cosméticos, para mostrar como a indústria analisada lida com este assunto.

6 O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O CASO DE UMA INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS

Antes de apresentar o programa de promoção da saúde centrado na prevenção e cuidado e recuperação das LER/DORT, vale passar pela caracterização do setor de cosméticos. A indústria de cosméticos vem crescendo cada vez mais e ocupando uma posição importante dentro da economia brasileira e, segundo a SIPATESP, as empresas do segmento estão entre as que mais contribuem para o número de trabalhadores afastados por doença relacionada ao trabalho, perdendo somente para o setor bancário.

Contudo, este é um setor ainda pouco conhecido e com poucos dados disponíveis sobre o assunto, portanto, para melhor análise da experiência de uma indústria de cosméticos na gestão de saúde dos casos de LER/DORT, faz-se necessária uma breve retrospectiva do setor.

6.1 A indústria de cosméticos

A indústria de cosméticos não é um setor muito fácil de ser caracterizado pela ausência de dados, bem como de literatura sobre o assunto, e são poucas as instituições que possuem material disponível. Pode-se contar com dados fornecidos pela ABIHPEC - Associação Brasileira de Higiene Pessoal Perfumaria e Cosméticos, ABIQUIM - Associação Brasileira das Indústrias Químicas e ABIFARMA (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica).

O setor cosmético possui diversidade empresarial marcante, pois apresenta grandes empresas, nacionais e internacionais, diversificadas ou especializadas nas diversas categorias de produtos do setor de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos; pequenas e médias empresas que possuem atuação focalizada em categorias específicas de produtos do setor, e atuam em razão da simplicidade da base técnica de alguns processos de manufatura, que se caracterizam pela manipulação de fórmulas relativamente simples. É comum encontrar empresas que surgiram a partir de farmácias de manipulação.

As empresas que produzem em grande escala, possuem, em seu portfólio, diversas categorias de produtos, são raras as que se especializam na produção exclusiva de somente uma categoria. A heterogeneidade parece ser a marca do setor. O relacionamento estabelecido entre essas indústrias e seus fornecedores de matérias-primas, de produtos semi-acabados e de embalagens, desenvolve uma rede de relações que mantém a sustentabilidade do negócio, gerando assim preocupação com preços, qualidade, proteção ambiental e responsabilidade social. Essa relação cria interdependência com os processos anteriores à manufatura na própria fábrica e o desempenho do produto final, desenvolvendo também padrões de fornecimento de matérias e produtos.

Compreendem-se por cosméticos os produtos de higiene e perfumes, são ainda preparações constituídas por substâncias naturais ou sintéticas, de uso externo nas diversas partes do corpo humano, pele, sistema capilar, unhas, lábios, órgãos genitais externos, dentes e membranas mucosas da cavidade oral, com o objetivo exclusivo ou principal de limpá-los, perfumá-los,

alterar sua aparência e/ou corrigir odores corporais e/ou protegê-los ou ainda mantê-los em bom estado.

A legislação sanitária brasileira determina que os produtos de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos sejam definidos e regulados quanto à forma e finalidade de uso, descritas na Lei 6360 de 23 de setembro de 1976 e suas atualizações e pelo Decreto Lei 79094 de 5 de janeiro de 1997. A ANVISA foi criada com finalidade de regulamentar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde, o que inclui produtos cosméticos. Em 28 de agosto de 2000, publicou a resolução nº79, de forma a compartilhar os regulamentos nacionais com os instrumentos harmonizados do Mercosul - GMC-110/94.

Para efeito de estudo, pode-se caracterizar esse segmento que possui importância na economia por três agrupamentos básicos, a saber:

1. Higiene pessoal: engloba sabonetes, produtos para higiene oral, desodorantes axilares e corporais, talcos, produtos para higiene capilar e produtos para barbear. Aqui também entram os absorventes, papéis higiênicos e fraldas descartáveis;
2. Perfumaria: engloba as águas de colônia, perfumes, extratos e loções pós-barba;
3. Cosméticos: engloba os produtos para coloração, tratamento, fixação e modelagem capilar, maquiagem, protetores solares, cremes, loções para pele e depilatórios;

No Brasil, o crescimento do setor é significativo. No período entre 1994/2005, apresentou crescimento médio anual de 8,8%, tendo-se revelado um dos mais vigorosos do país. Isso aumentou a competitividade e por consequência o emprego no setor. Entre 1994/2005, foi responsável pelo crescimento de 135,6% das oportunidades de trabalho, envolvendo as áreas de produção e alimentação (81,1%), lojas de franquia (142,7%), revendedoras e vendas diretas (222,5%) e profissionais de beleza (97,6%), empregando assim, mais de 2,6 milhões de pessoas segundo fonte da ABIHPEC. Com relação ao crescimento econômico entre 2001 e 2005, enquanto o País apresentou índices baixos de crescimento econômico, com um PIB médio composto dos últimos 5 anos de 2,2, a indústria em geral, nesse mesmo período, apresentou 2,1 e o setor deflacionado 10,7 (ABIHPEC, 2006).

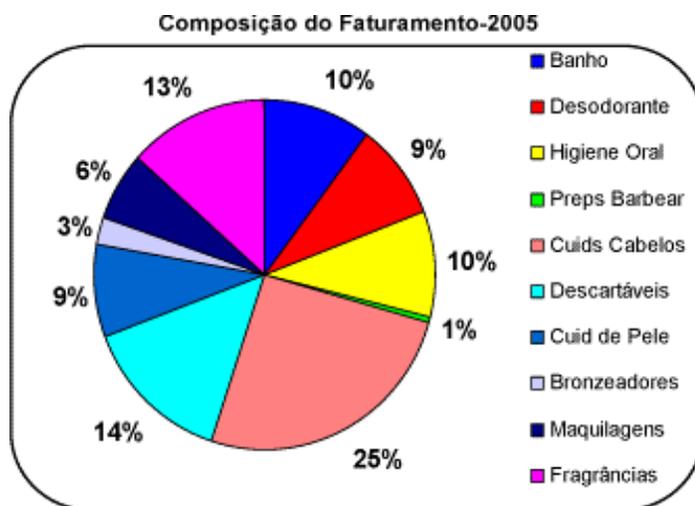
O crescimento do setor pode ser relacionado a diversos fatores, entre eles estão: aumento da quantidade de mulheres no mercado de trabalho, melhoria na situação econômica do país, aumento da expectativa de vida, utilização de tecnologia de ponta, com consequente aumento da produtividade, e lançamentos constante de novos produtos para atender cada vez mais as necessidades do mercado. Para exemplo está o acentuado aumento da oferta de produtos específicos para mulheres negras e para homens.

O Brasil ocupa a quarta posição em fabricação, no mercado mundial, de produtos de Higiene pessoal, Perfumaria e Cosméticos, segundo dados do Euromonitor 2005 (*apud* ABIHPEC, 2006). Essa classificação por produto pode ser discriminada pela seguinte escala:

- segundo lugar em desodorantes e em produtos infantis;
- terceiro lugar em produtos para cabelo e perfumaria;
- quarto lugar em higiene oral;
- quinto lugar em banho e produtos masculinos;
- sétimo lugar em cosméticos cores;
- oitavo lugar em proteção solar;
- nono lugar em pele;
- décimo lugar em depilatórios.

Isso pode ser verificado pela composição do faturamento do setor no ano de 2005, dividido por categoria de produtos, conforme Figura 1.

FIGURA 1 - Composição do faturamento do setor de cosméticos – 2005

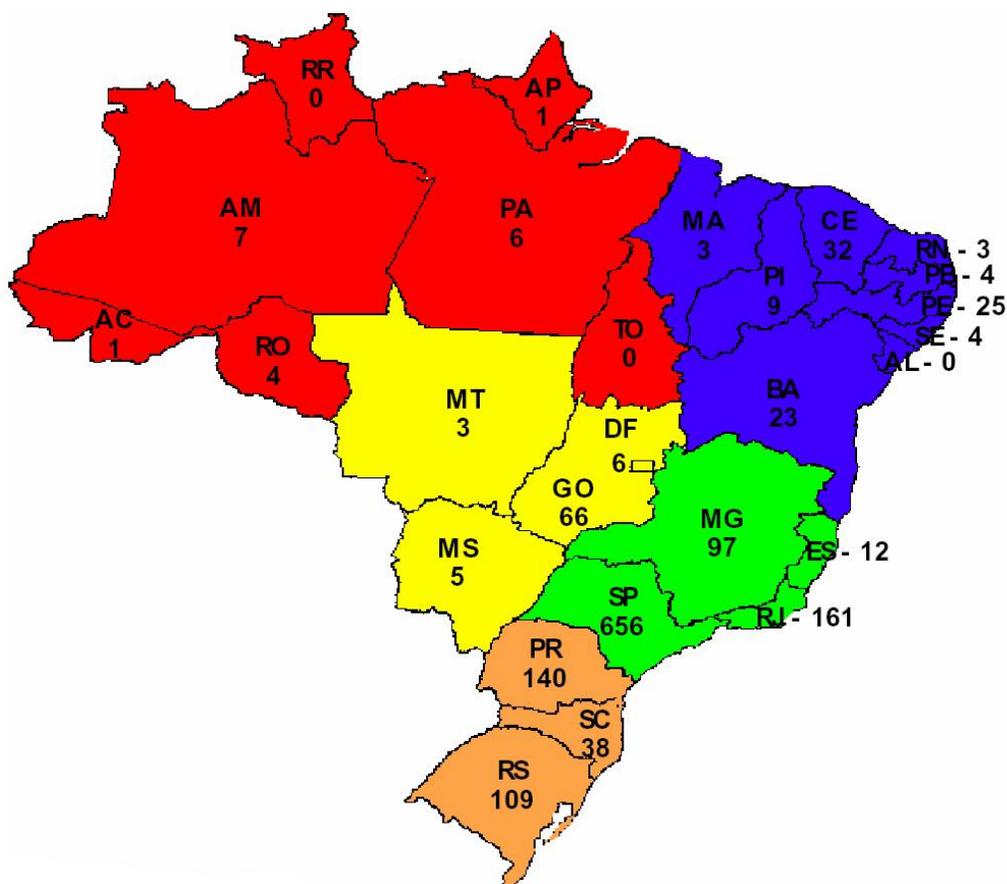


Fonte: ABIHPEC – jun/2006

Os produtos desse setor são exportados para mais de 130 países, mas o principal consumidor dos produtos brasileiros é a América do Sul. A logística de distribuição desses produtos é basicamente dividida em: distribuição tradicional, venda direta e franquias. A distribuição tradicional inclui o atacado e o varejo geral; a direta utiliza-se fortemente do conceito de venda através de catálogos e entregas em domicílio; as franquias são lojas especializadas e personalizadas.

Em 2005 o Brasil contava com 1.258 empresas brasileiras de Higiene pessoal, Perfumaria e Cosméticos, segundo a Anvisa. Atualmente são 1.415 empresas que atuam no mercado de produtos de Higiene pessoal, Perfumaria e Cosméticos, sendo que 15 delas são de grande porte, e têm faturamento líquido de impostos acima dos R\$100 milhões, e representam 73,4% do faturamento total. Podem-se observar essas empresas distribuídas fortemente na região Sudeste, muito embora venha crescendo nas demais regiões do país, como mostra a Figura 2.

FIGURA 2 - Distribuição das empresas de cosméticos no Brasil ano 2005



Fonte: Anvisa – jun.2006

O crescimento desse setor demandou inovação tecnológica de comunicação e marketing pela necessidade de divulgar mais o que é produzido no Brasil para o mercado externo. Criou-se uma marca com logomarca *Brazilian Beauty* que tem sido usada em todos os eventos promocionais e nas mídias impressas especializadas por todo o mundo. A partir da logomarca, foi criado o sistema *Brazilian Beauty in business*, uma ferramenta que possibilitou a o contato entre os fabricantes de produtos de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos com seus potenciais clientes no Brasil e no exterior.

Este sistema está dividido em três partes principais:

- Catálogo eletrônico: em que são apresentadas as principais linhas de produtos de cada uma das empresas que aderiram ao programa de promoção de exportações, além de dados de contato da empresa e uma apresentação institucional. Podem-se fazer buscas avançadas por nome da empresa, tipo de produto, tipo de mercado de atuação, canal de distribuição e região do Brasil;
- Rodadas de negócios: promovidas pela ABIHPEQ com ênfase no comprador, realizadas paralelamente à feira *Cosmoprof Cosmética São Paulo*. Permite o agendamento de reuniões de negócios entre comprador e vendedor de acordo com seu perfil e interesse. Permite o controle logístico de entrada e saída dos compradores e vendedores das reuniões e ainda um controle adicional de lista de espera para as reuniões com compradores em caso de cancelamento;
- Busca de expositores: dedicada ao uso durante feiras nacionais que permite aos distribuidores, representantes comerciais e vendedores, a identificação de expositores, seus número de estande e pavilhão e de acordo com sua área de interesse.

Utiliza-se também das qualidades intrínsecas que o mercado mundial atribui ao país, como biodiversidade e beleza natural como divulgação. Os produtos são comercializados juntamente com informações disponibilizadas sobre a biodiversidade brasileira, turismo, feiras, assessorias de imprensa, além do panorama do setor de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos do Brasil.

6.2 A empresa de cosméticos analisada

A empresa de cosméticos analisada é de capital nacional com quase 40 anos de funcionamento. Os dados a seguir foram retirados do acervo da biblioteca da própria empresa. A história da empresa analisada começa a 28 de agosto de 1969, quando seu fundador deixa a carreira de economista para dedicar-se à cosmetologia, fundando uma pequena loja de produtos de beleza nos fundos de um prédio da Vila Mariana. O capital inicial foi de nove mil dólares e a loja emprega sete colaboradores.

No início dos anos 70, além de esteticistas e cabeleireiros que utilizam e vendem os produtos em seus locais de trabalho, pequenas distribuidoras que exercem a venda pessoal, começaram a disseminar os produtos e a imagem da empresa. Nessa mesma época, seu fundador passa a ministrar cursos no SENAC (Serviço Nacional do Comércio), em clubes, institutos e clínicas especializadas, e, tendo apenas uma loja na Rua Oscar Freire, em São Paulo, com seis colaboradores, a empresa tem um faturamento de 13 milhões de dólares, despontando como uma das principais do ramo cosmético no mercado nacional.

Em 1971, o volume de vendas passa a não garantir a sobrevivência da empresa e é adotado o sistema de venda direta por meio de esteticistas. Nesse período, sete mulheres fazem todo o processo de produção e embalagem dos produtos, chegando a 600 peças/mês. Entre 1974 e 1975, o método de consultas personalizadas revela-se insuperável fator de diferenciação, e com

quatro promotoras de vendas, 70 consultores e 20 colaboradores seu faturamento chega a 400 mil dólares.

Dos anos 80 até a atualidade, a empresa é detentora de um site em Cajamar onde se localizam as fábricas de perfumes, cremes, maquiagem e xampu, o centro de distribuição de produtos e diversos setores administrativos, com 3000 colaboradores; o site de Itapecerica da Serra, onde está mais uma parte da administração com 322 colaboradores; um site em Benevides, da saboaria com 23 colaboradores; além dos setores administrativos na Argentina, Chile, Peru e Bolívia; há também uma loja recém-inaugurada em Paris e em Campinas, apenas para demonstrações de produtos. Somam-se a esses números as 500.000 promotoras e consultoras de beleza responsáveis pela venda direta.

No ano de 2003 a produção está em 136 milhões de unidades/ano, na sua sede em Cajamar com vendas que alcançam R\$1,5 bilhão, lucro líquido de R\$120,0 bilhão e crescimento anual em torno de 24%. A empresa preza pela sustentabilidade e responsabilidade social em todos seus processos e tem como razão de ser o “bem estar bem”, o que mostra sua preocupação também com seus colaboradores.

Com o objetivo de internacionalização, em 2004, acontece a abertura do capital da empresa com a negociação de suas ações na BOVESPA, com uma distribuição pública secundária de 21,75% do seu capital (18.582.856

de ações ordinárias, negociadas ao preço de R\$ 36,50 totalizando R\$ 678.274.244,00).

6.3 O Programa de *Promoção de Saúde* e as LER/DORT na empresa analisada

A história de preocupação com doenças ocupacionais da empresa analisada inicia-se em 1996, quando foram registradas 32 aberturas de CAT por doença ocupacional entre seus 298 colaboradores, ou seja, 10,7% do total de trabalhadores. Os afastamentos geraram altos gastos com saúde e convênio médico, prejuízo no volume de produção decorrente da perda de funcionários na ativa e ainda o surgimento de processos trabalhistas. Como a indústria em questão baseia sua marca na razão de ser o “bem estar bem”, ou seja, “... bem estar é a relação harmoniosa, agradável, do indivíduo consigo mesmo, com seu corpo. Estar bem é a relação empática, bem sucedida, prazerosa, do indivíduo com o outro, com a natureza da qual faz parte e com o todo.”, esse quadro torna-se contraditório com o existente em termos de doentes ocupacionais.

Nesse sentido, desde o ano de 1996, são realizados mapeamentos e acompanhamentos dos casos de afastamento do trabalho, usando como classificação dois grupos: afastamentos por doença ocupacional e afastamento por outras doenças. Através desse mapeamento foi possível constatar que nos setores de produção a incidência de afastamentos é 62% maior do que nos setores administrativos. Porém se forem considerados apenas os afastamentos por doença ocupacional, a diferença aumenta e passa para 84%. É importante

ressaltar que o número de trabalhadores na produção corresponde a 42% do total de empregados.

A partir daquele momento, o setor de recursos humanos foi acionado para iniciar um trabalho intenso de educação e orientação de funcionários em relação aos cuidados no dia-a-dia com a postura, ergonomia, e a importância da ginástica laboral para manutenção de uma boa saúde. O programa deu alguns resultados e em 1997 houve uma pequena diminuição no número de CATs, levando a empresa a contratar um Ergonomista para que implantasse um trabalho de ginástica laboral mais eficaz e permanente, além de um plano de modificações e adaptações ergonômicas em escritórios e linhas de produção.

A implantação de mudanças resultou em mais uma queda importante de novos casos de doença ocupacional com o decorrer dos anos, e o acompanhamento e tratamento desses trabalhadores passaram a ser realizados sob o olhar cuidadoso da empresa através do Programa de Promoção de Saúde denominado Programa de Readaptação. Como responsável principal, o setor de Ergonomia implantou e administra o Programa, voltado inteiramente para o problema de LER/DORT.

7 O PROGRAMA DE READAPTAÇÃO

O programa de readaptação é parte integrante do Projeto de Ergonomia iniciado em 1998, que busca ver o indivíduo em seus aspectos emocionais, suas frustrações e sentimentos de insegurança, decorridos da limitação física, procurando promover a readaptação psicossocial e laborativa dos colaboradores com LER/DORT, a partir do desenvolvimento de suas capacidades individuais.

O Programa de Ergonomia inclui o “censo ergonômico” (realizado através de questionários com perguntas abertas e fechadas) e a análise ergonômica, (realizada nos postos de trabalho). Nessa época, identifica-se que as principais queixas de dor dos trabalhadores de produção são nos ombros (52%), seguidas pelos punhos (41%) e que 12% deles eram afastados por ano.

O Programa tem ainda como objetivo readaptar psicossocial e laborativamente o profissional afastado por doença ocupacional; fortalecer o vínculo trabalhador / equipe de trabalho / empresa; diminuir a discriminação no ambiente de trabalho; assegurar maior comprometimento da chefia com a saúde do funcionário; prevenir a reincidência de casos já tratados como LER/DORT; aumentar o comprometimento do trabalhador portador com sua saúde e melhorar a eficácia do tratamento realizado.

A necessidade de produção e a saúde fazem parte de uma dicotomia nos ambientes de trabalho. A dificuldade de conciliar esses dois

enfoques exige um ótimo planejamento e gerenciamento. Para isso, é importante que diversos setores da empresa, desde gerência, passando pela liderança, serviço social, ergonomia e os profissionais da área de saúde estejam engajados e alinhados nessa luta. Se isso não ocorrer, o que foi planejado dificilmente será colocado em prática e trará bons resultados.

Se um problema de saúde ocupacional como a LER/DORT já existir, é importante ter etapas bem delimitadas a seguir, para que todo o processo, do diagnóstico até a reinserção do trabalhador nas atividades laborativas, ocorra dentro das exigências legais e seja benéfica, tanto para a empresa como para o trabalhador. Com essa preocupação, o setor de Recursos Humanos, Ergonomia, Assistência Social, Departamento de Pessoal e Serviço Médico elaboraram uma rotina para alinhar todos os procedimentos relacionados aos casos.

7.1 Resultados e análises

Para entender esta rotina e elaborar um fluxograma dos procedimentos, foram realizadas entrevistas com todos os responsáveis pelos setores envolvidos.

7.1.1 Afastamento por doença ocupacional

O trabalhador que apresenta queixa de dor recebe tratamentos contínuos como fisioterapia, acupuntura, psicoterapia e terapia holística, além de acompanhamento constante com ortopedista e médico do trabalho no

ambulatório da própria empresa. Isso garante a qualidade do tratamento realizado, pois é a empresa que seleciona, rigorosamente, os profissionais que prestarão estes serviços. O ambulatório médico oferece as instalações e materiais que serão utilizados por todos esses profissionais, permitindo, assim, que toda a equipe esteja em constante comunicação e atualizada sobre qualquer mudança nos quadros de dor de cada paciente.

São realizados relatórios mensais que contêm dados de todas as áreas envolvidas, além de prontuário único que ficam à disposição do médico do trabalho para eventuais consultas. O afastamento se inicia pelo serviço médico, sendo que o médico do trabalho avalia o trabalhador, atualiza o prontuário e solicita os exames necessários para melhor diagnóstico. Cabe ao trabalhador realizar todos os exames pedidos e retornar o mais breve possível com os resultados.

Alguns exames normalmente solicitados são: raios-x, ultrasonografia, eletroneuromiografia, ressonância nuclear magnética e, em alguns casos, a tomografia computadorizada. Segundo Zorzeto (2003), a ultra-sonografia tem adquirido importância em virtude do seu baixo custo, da facilidade de acesso e de sua flexibilidade de resultados, mas a falta de experiência e de conhecimento das principais alterações que acometem os membros superiores é um dos principais pontos limitantes no diagnóstico ultra-sonográfico das lesões.

Atualmente, são questionados os resultados obtidos em exames de ultra-sonografia do sistema músculo-esquelético por parte do médico Sergio

Nicoletti, presidente do Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional (CBOO). Em sua coletânea de artigos que fazem parte do fascículo 2 de *L.E.R. – Fisiopatologia das Lesões por Esforços Repetitivos*, (www.cboo.com.br, 2006) ressalta que, conforme a angulação de incidência das ondas de som em uma mesma estrutura, diferentes serão os resultados obtidos no exame, isso pode gerar falsos sombreamentos nas estruturas e levar a diagnósticos errôneos.

Na empresa em questão, são pedidos diversos exames de imagem e função para somar-se com o exame físico e o laudo ergonômico do posto de trabalho, contendo os riscos da atividade laboral, para a correta interpretação por parte do médico do trabalho sobre o nexo causal de doenças ocupacionais. Abrem-se, então, duas possibilidades de acontecimentos: se os resultados dos exames forem negativos, o funcionário retorna ao trabalho e continua recebendo tratamento através do serviço médico, porém permanece em observação com uma atividade laboral diferenciada e mais leve.

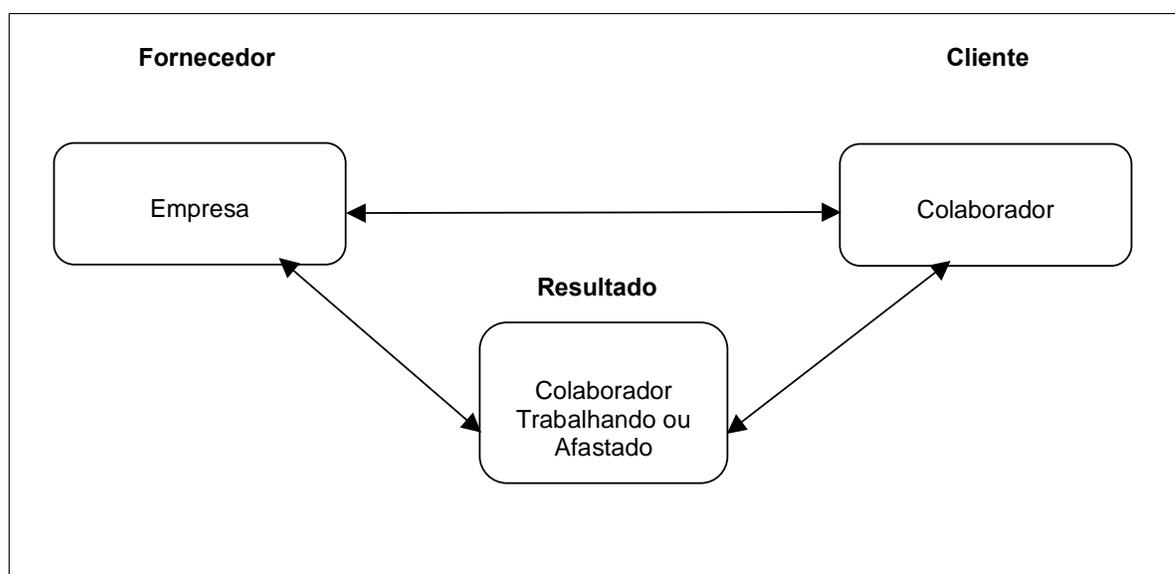
Mas se os resultados dos exames forem positivos, o médico deve preencher o formulário FAM (Formulário de Atendimento Médico), atualizar novamente o prontuário, solicitar a abertura de CAT e a análise profissiográfica do setor de ergonomia. Encaminhar o trabalhador ao departamento de pessoal cuja função é abrir a CAT, fornecer os documentos necessários ao trabalhador e encaminhá-lo para o INSS, além de comunicar ao serviço social através de uma xerox da CAT. Simultaneamente, o médico deve preencher o LEM (Laudo de Exame Médico) e o trabalhador deve se apresentar ao INSS, para marcar a data de perícia. Em caso de o benefício não ser aceito, o trabalhador retorna ao

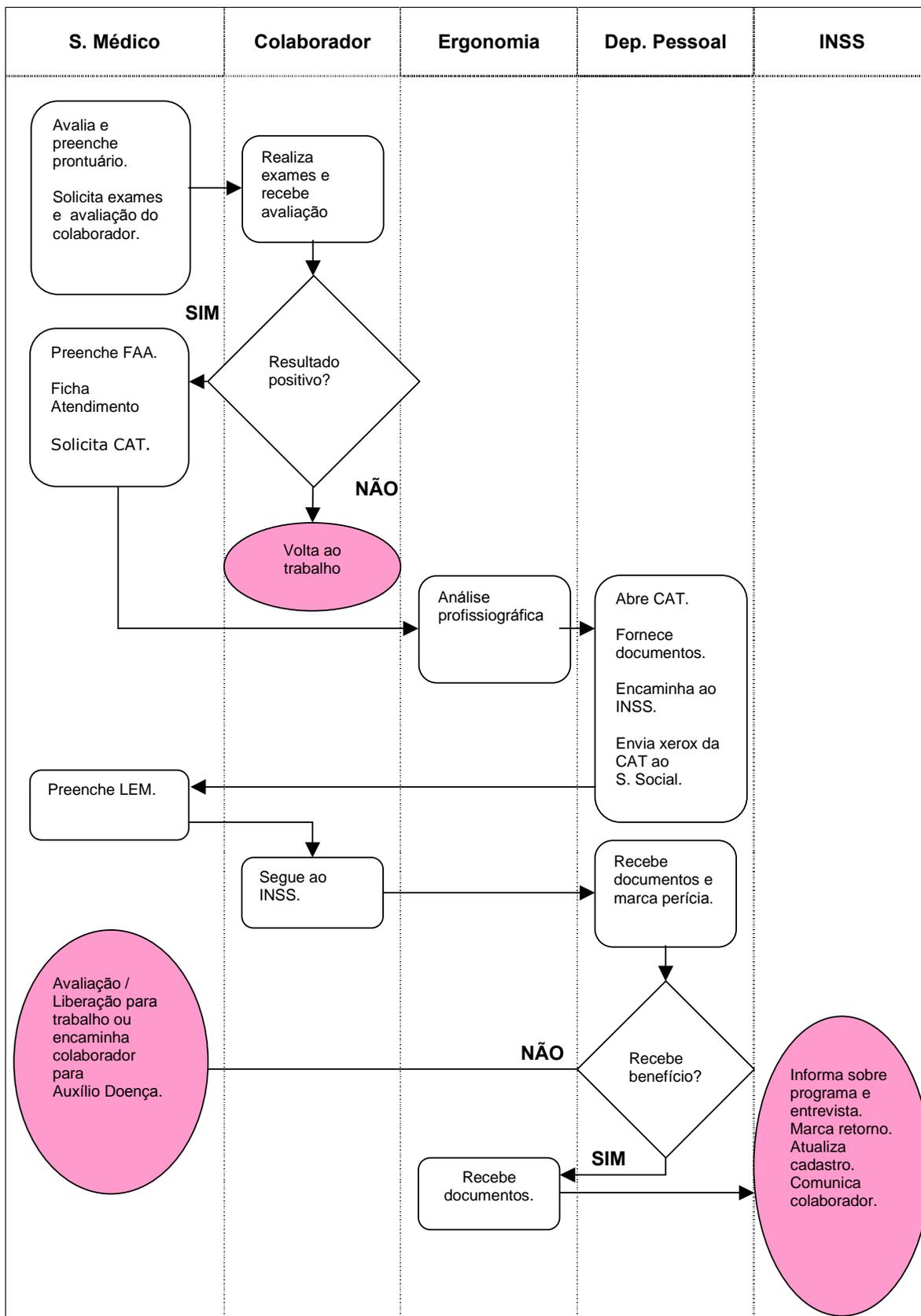
médico do trabalho da empresa para nova avaliação e decisão sobre seu retorno ou não ao trabalho (recebendo tratamento do serviço médico ou abrindo um novo documento de afastamento como auxílio doença).

Se o benefício for aceito, o departamento de pessoal comunica o serviço social encarregado de informar o trabalhador sobre os procedimentos necessários, entrevistá-lo, marcar retorno para acompanhamento, atualizar cadastro e comunicar ao setor de ergonomia, os gestores responsáveis e o ambulatório médico que fará seu acompanhamento durante todo o afastamento.

O primeiro passo para se construir um fluxograma é determinar os fornecedores, os clientes e os resultados esperados, e logo após delimitar minuciosamente todas as etapas dos processos como na figura 3.

FIGURA 3 - Fluxograma de afastamento do trabalho





7.1.2 Estágios através da URP

Os CRPs (Centro de Reabilitação Profissional), atualmente denominados URPs (Unidade de Reabilitação Profissional), são órgãos do INSS que têm por função promover o retorno do segurado ao trabalho, após a avaliação do perito médico que determina a mudança de atividade laboral devido a incapacidade física do mesmo realizar as funções anteriores.

Quando um profissional é afastado, dependendo do grau de lesão corporal e suas limitações físicas, as URPs solicitam às empresas, através de uma carta chamada *Carta Consulta à Empresa – Reabilitação Profissional*, um estágio para que essas pessoas tenham a oportunidade de saber se irão ou não conseguir retornar ao trabalho em uma função diferenciada.

Na empresa em questão, quem recebe o documento de solicitação de estágio do próprio funcionário é o serviço social que agenda com o setor de ergonomia uma avaliação do profissional e comunica ao mesmo a data e o horário. O setor de Ergonomia analisa as restrições descritas na Carta Consulta e, juntamente com o funcionário, dirige-se ao local de trabalho original, ou seja, àquele que gerou o afastamento, com o objetivo de envolver o gestor da área no processo de reintegração.

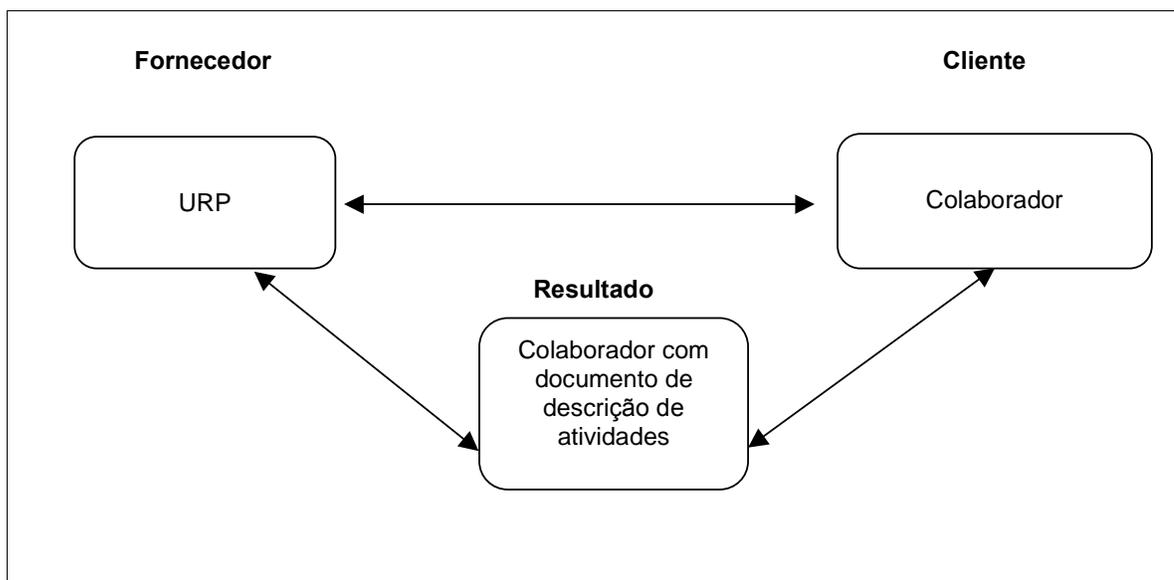
Nesse momento, o ergonomista sugere as possíveis atividades compatíveis levando em consideração as restrições do funcionário e as possibilidades da área avaliadas e sugeridas pelo gestor. Aqui, a participação do

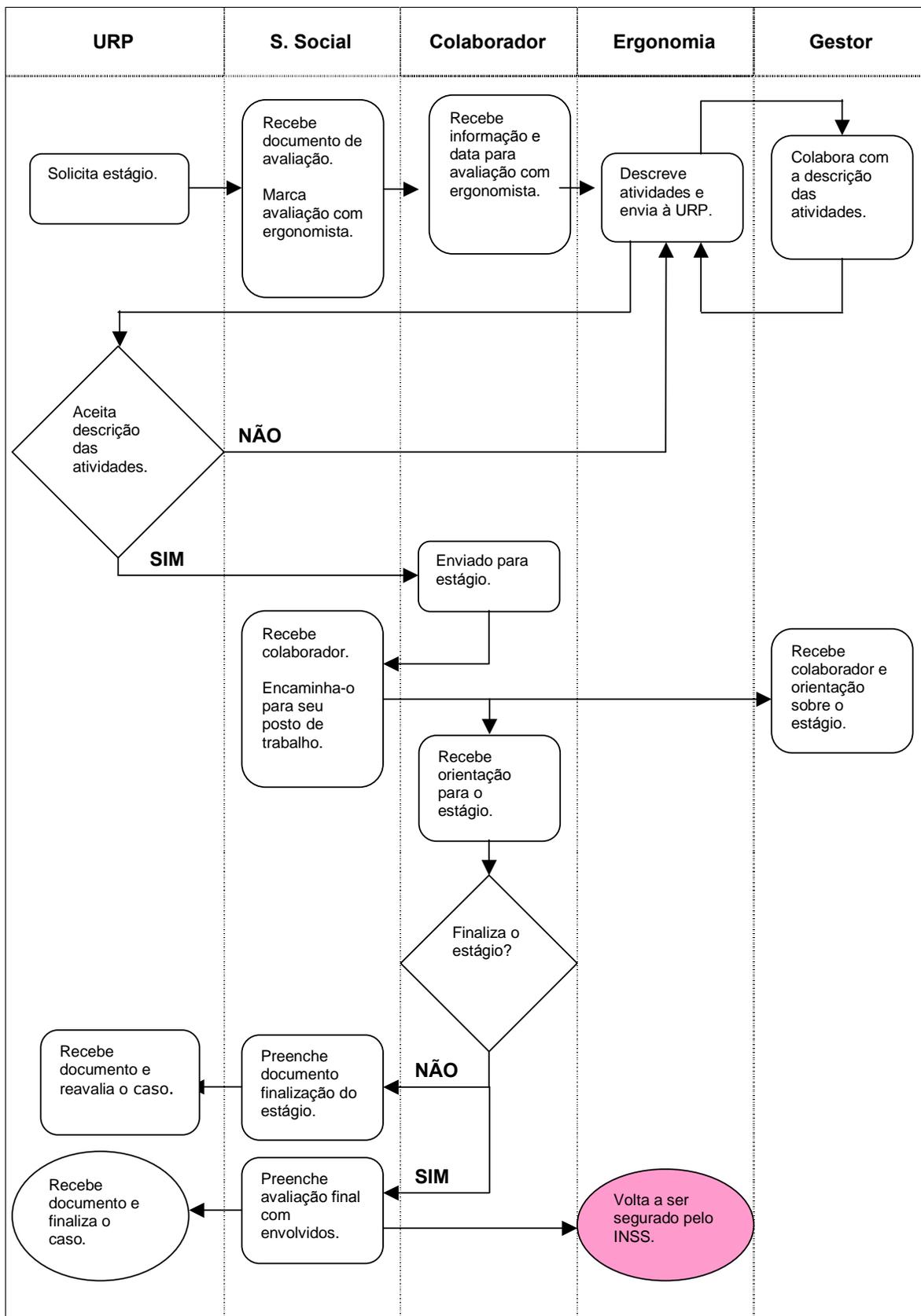
gestor é de extrema importância, pois ele preencherá a ficha de controle de presença, comunicará ao serviço social qualquer dificuldade em cumprir o estágio, ou interrompê-lo, e terá conhecimento de que o funcionário envolvido no processo poderá/deverá fazer somente atividades descritas e validadas.

Após o consenso entre as três partes, é redigido um documento que terá a transcrição das atividades possíveis e será entregue, pelo próprio funcionário, à URP envolvida. Se a URP aceitar a descrição enviada pela empresa, encaminha o funcionário para um estágio de 30 dias com os seguintes documentos: controle de presença e avaliação do estágio. O próximo passo é encaminhá-lo ao setor de assistência social que o acompanha até o posto de trabalho e passa orientações ao mesmo e aos gestores sobre o estágio.

Se a URP não concordar com o documento, o funcionário retorna à empresa com nova carta e o processo com ergonomia e gestor se repete, até que seja aceita uma descrição. O estágio tem duração de um mês e o trabalhador pode ou não terminá-lo. Se for finalizado, o serviço social preenche o documento de descrição de atividade com os envolvidos, encaminha-o para a URP. Neste caso a URP decide pela alta do trabalhador e o encaminha ao INSS com um certificado contendo as atividades que foram realizadas, ou decide pela continuidade do afastamento tomando as providências cabíveis.

Se o estágio não for finalizado por incapacidade laborativa, o serviço social faz um documento e encaminha-o, junto com o trabalhador, de volta à URP que toma as providências cabíveis. O fluxograma, neste caso será:

FIGURA 4 - Fluxograma de Estágio



7.1.3 Retorno ao trabalho

A volta ao trabalho, após afastamento, inicia quando o trabalhador recebe alta do INSS e comunica ao serviço social a data de retorno. Esse marca avaliação com o serviço médico, que poderá confirmar ou não a alta recebida pelo trabalhador. Se o serviço médico não confirmar a alta, é emitida uma PRAT (Pedido de Reabertura de Acidente de Trabalho) que o trabalhador pode ou não aceitar. Se o trabalhador não aceitar, o serviço médico o reencaminha ao INSS com mudança de benefício, ou seja, como auxílio doença.

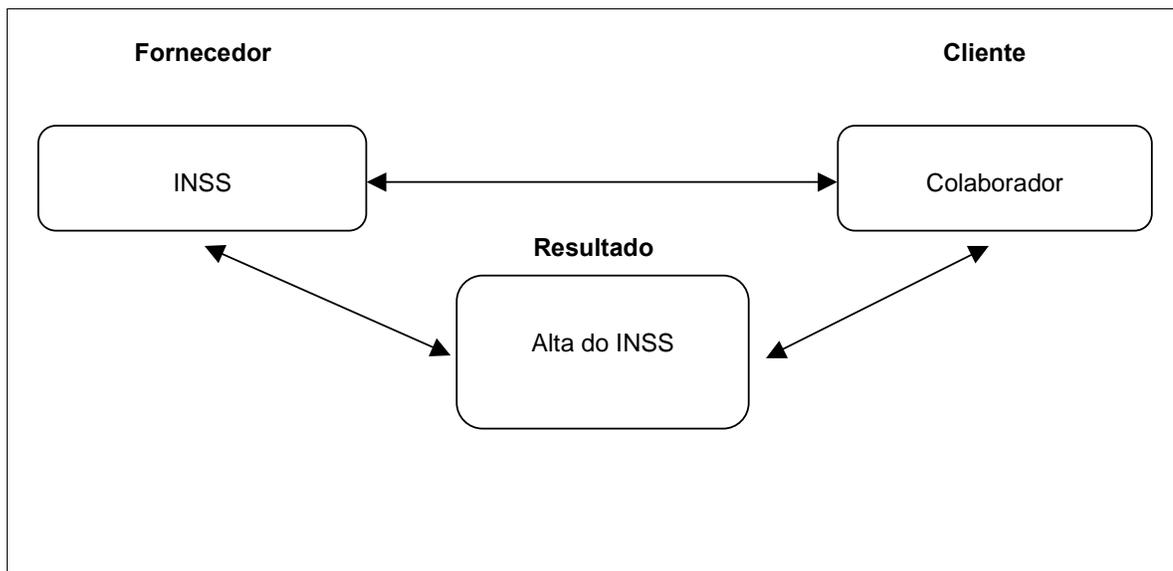
No caso do serviço médico confirmar a alta, tudo deve ser registrado em prontuário e um relatório será emitido sobre as lesões residuais do trabalhador ao setor de ergonomia. O mesmo realiza uma entrevista, avalia as lesões residuais e a compatibilidade com o posto de trabalho, elabora um documento de descrição de atividades em parceria com os gestores, e orienta o trabalhador.

O serviço social recebe o documento feito pela ergonomia, preenche relatório de retorno ao trabalho e acompanha o trabalhador até seu posto. Os gestores, juntamente com os trabalhadores, responsabilizam-se por fazer cumprir o documento de descrição de atividades, assinando-o. Cabe ao setor de Fisioterapia verificar, através do Acompanhamento Ergonômico, seu cumprimento.

Neste momento, é função dos gestores encaminharem o funcionário ao departamento de pessoal para organizar horário de trabalho, finalizar o processo de afastamento e verificar a situação financeira de cada indivíduo. A situação financeira de cada um é verificada, pois durante o afastamento, os trabalhadores acabam necessitando de empréstimos e também têm acumulado os descontos do uso de convênio médico, que é do tipo co-participação. Dependendo da situação em que se encontra, ele é encaminhado para o serviço social que o ajudará a se reequilibrar financeiramente.

Para a situação de retorno ao trabalho o fluxograma será:

FIGURA 5 - Fluxograma de Retorno ao Trabalho

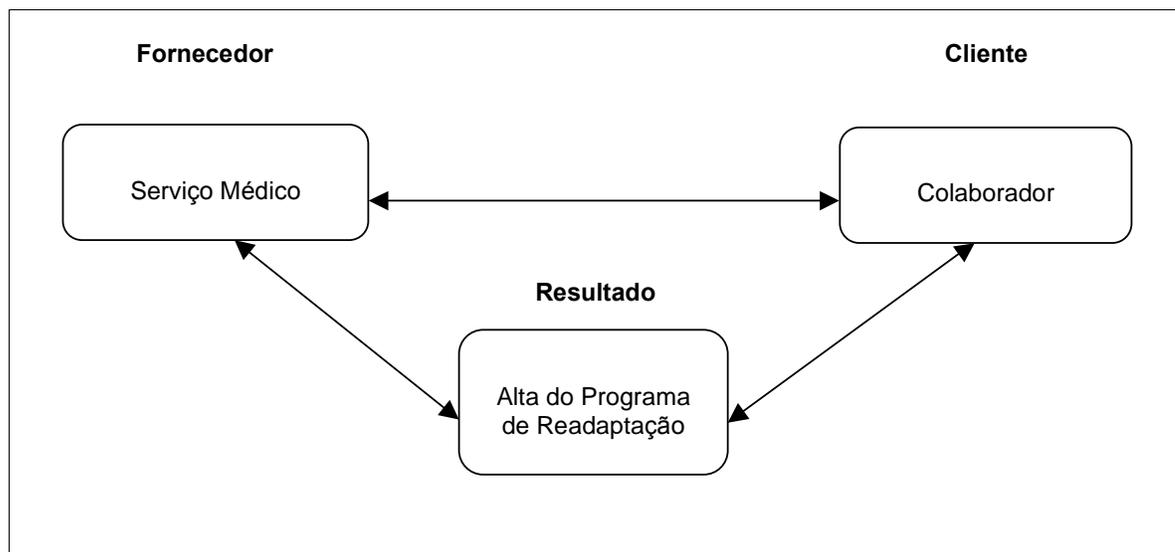


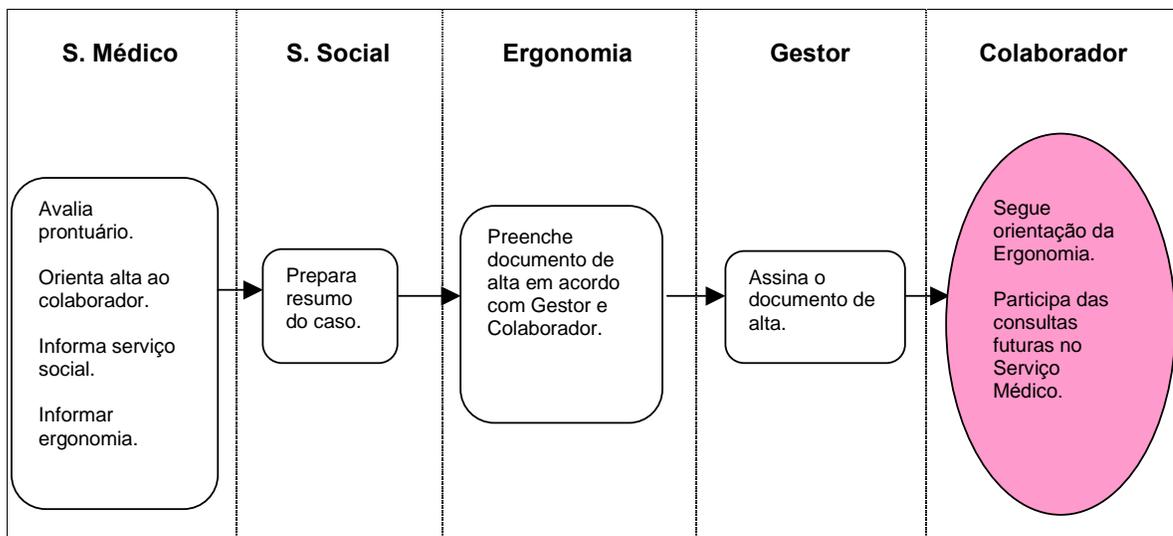
7.1.4 Altas do Programa de Readaptação

As altas também fazem parte do programa. Tudo é iniciado pelo serviço médico através da análise do prontuário deste trabalhador e de sua evolução clínica. O serviço social prepara um resumo do caso, desde o afastamento até os tempos atuais, e o serviço de ergonomia, junto com funcionário e gestores, acorda, preenche e assina o documento de alta. O trabalhador deve seguir com o acompanhamento periódico do serviço médico, e algumas restrições de atividades estabelecidas no documento final.

O fluxograma dos procedimentos segue os seguintes passos:

FIGURA 6 - Fluxograma de Alta do Programa de Readaptação





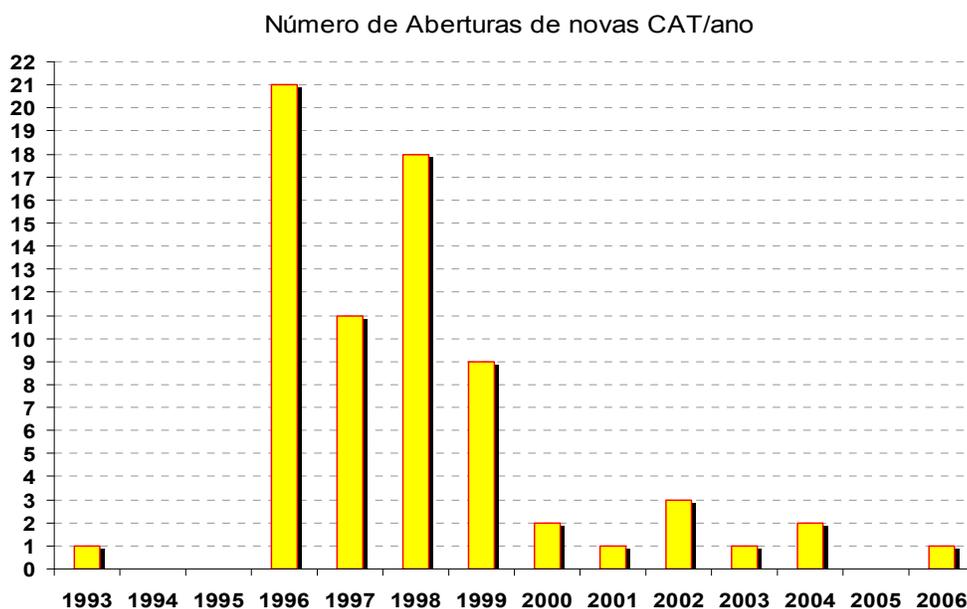
Atualmente, participam do Programa de Readaptação nos sites de Cajamar e Itapecerica da Serra, um total de 139 pessoas (4,18% dos 3.320 colaboradores), sendo que 131 são mulheres (94,2%) e oito são homens (5,8%), 6 (4,3%) do setor administrativo e 133 (95,7%) da produção, com uma faixa de idade que varia entre 29 a 43 anos. A empresa é predominantemente feminina e possui em seu quadro de colaboradores 88% de mulheres e somente 12% de homens.

Do montante total de funcionários com LER/DORT, 69 estão afastados (49,6%) e 70 estão trabalhando (50,4%), esses têm permanecido em média três anos na ativa antes de se afastarem novamente. Lembrando que essa é uma média, vale ressaltar que alguns trabalhadores nunca mais se afastaram após o retorno (apesar de permanecerem em tratamento e ainda sofrerem com as algias), outros ainda reabrem suas CATs com frequência menor que um ano de trabalho.

7.1.5 Acompanhamentos e tratamentos ambulatoriais

Considerando apenas o total de pessoas que estão trabalhando no presente momento, o Gráfico 1 a seguir ilustra o número anual de aberturas CATs por doença ocupacional.

FIGURA 7- Número de novas CATs/ano



Fonte: Arquivos médicos da empresa analisada – Jun/2006.

Através do gráfico é possível detalhar o histórico de aberturas de CAT por doença ocupacional no decorrer dos anos nesta indústria e sua decrescente tendência. Se observado o histórico da empresa analisada, percebe-se que o elevado número de aberturas de novas CATs ocorreu no período de maior crescimento de vendas e expansão do negócio. Foi nos anos 90 que a demanda de pedidos de produtos aumentou consideravelmente, e o foco foi dado

à divulgação e consolidação da marca através da captação de consultoras e não na melhoria das condições de trabalho.

Faz-se necessário também criar uma possível analogia entre “boom” de aberturas de novas CATs com a elaboração, pelo INSS, da “Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade Laborativa em Doenças Ocupacionais” que ocorreu em 1997, e denominaria todas as doenças incluídas como LER/DORT.

Além de todo o trâmite apresentado nos fluxogramas, o funcionário passou a receber atendimento contínuo no Ambulatório Médico com especialistas de diversas áreas como: Fisioterapia, Acupuntura, Nutrição, Medicina do Trabalho, Ortopedia, Psicoterapia e Terapia Holística. Cabe aos profissionais:

- O médico do trabalho é aquele que acompanha de perto qualquer alteração no quadro algico do trabalhador, comunica a toda a equipe de readaptação eventuais desconformidades ou problemas relacionados ao fluxo de readaptação.
- O ortopedista acompanha o trabalhador todas as vezes que o quadro algico altera, ou em consultas anuais de acompanhamento da evolução do tratamento, solicitando os exames que forem necessários.
- A psicoterapeuta avalia o trabalhador quando retorna ao trabalho, orienta sobre a necessidade de acompanhamento e inicia o tratamento quando o mesmo achar adequado.
- O acupunturista atende o trabalhador continuamente, com o local da queixa e também o equilíbrio geral do corpo em foco.

- O terapeuta holístico ensina ao trabalhador técnicas de relaxamento e de meditação, e realiza terapia com pedras quentes nos chakras e pontos de dor.
- A nutricionista realiza um trabalho intensivo com as pessoas que retornam de afastamento, pois, geralmente, apresentam-se com sobrepeso ou obesas.
- A fisioterapia faz parte do programa de readaptação desde seu início e possui um programa específico e contínuo para acompanhar os trabalhadores com LER/DORT.

Antes ou após afastamento, a primeira atitude a tomar pelo setor de fisioterapia, quando o quadro algico surge, é realizar a Avaliação Postural e Ortopédica Funcional. Logo em seguida é iniciado o tratamento contínuo, dividido em fases conforme as etapas dos quadros inflamatórios: agudo, subagudo e crônico. 1ª Fase: 10 horas de tratamento por mês

Duração mínima: dois meses

Terapias: Eletroterapia (3 x semana): 8 horas/mês

R.P.G. (1 x semana): 2 horas/mês

2ª Fase: 7 horas e 30 min de tratamento por mês

Duração mínima: dois meses

Terapias: Eletroterapia (2 x semana): 5:30 horas/mês

R.P.G. (1 x semana): 2 horas/mês

3ª Fase: 2 horas de tratamento por mês

Duração mínima: dois meses

Terapias: R.P.G. (1 x semana): 2 horas/mês

Grupo Fisioterapia (1 x semana): 2 horas/mês

4ª Fase:

Quadro de dor assintomático ou estável = Alta do Programa de readaptação

Em caso de piora ou instabilidade no quadro de dor haverá retorno imediato à fase anterior ou à primeira fase.

Quadro atual de trabalhadores que fazem parte programa de readaptação, e que estão trabalhando, em porcentagem, em cada fase de tratamento de fisioterapia seria o seguinte:

1ª Fase: 10% (sete pessoas)

2ª Fase: 35,71% (vinte e cinco pessoas)

3ª Fase: 24,28% (dezessete pessoas)

4ª Fase: 30% (vinte e uma pessoas)

Além de acompanhamento clínico, o setor de Fisioterapia é responsável por realizar acompanhamentos ergonômicos nos postos de trabalho com o objetivo de detectar eventuais problemas o mais breve possível e orientar

o trabalhador com relação às dificuldades que surgem decorrentes de suas limitações músculo-esqueléticas.

O documento de Acompanhamento Ergonômico possui as seguintes perguntas:

- Está cumprindo as descrições de atividades? (Que constam no documento assinado no retorno ao trabalho).
- Realiza revezamento nas atividades? (Sobre os ciclos de movimentos).
- Há colaboração do líder na realização das atividades e no dia-a-dia? (Sobre relacionamento com liderança e ajuda nas dificuldades encontradas).
- Sentiu ou sente dor ao realizar as atividades? (Para detectar novas algias músculo-esqueléticas).
- Está sendo acompanhado pelo Serviço Médico? (Acompanhamento com o médico do trabalho da empresa)?
- Está fazendo algum tipo de tratamento clínico? (Engloba fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, terapia holística).
- Teve ou tem problemas de relacionamento com o grupo? (Para detectar discriminações).
- Realiza a ginástica laboral? (Para garantir a prevenção de outras algias músculo-esqueléticas e promover a integração).

Assim como os dados clínicos, os ergonômicos também geram relatórios multidisciplinares mensais, para acompanhamento global de cada

indivíduo. Já receberam alta deste programa 21 trabalhadores que foram afastados por LER/DORT, retornaram ao trabalho em atividades compatíveis, realizaram tratamentos intensivos na própria empresa e agora estão totalmente reintegrados à organização.

Vale ressaltar que o Projeto de Ergonomia ainda realizou outras ações que promoveram melhorias gerais para a empresa, como por exemplo, a mudança nos ambientes, mobiliário, equipamentos, tarefas e atividades que não serão descritas com maior profundidade, pois precisariam de um novo trabalho para desenvolver o assunto.

8 Considerações finais

O presente estudo mostrou a experiência de uma indústria de cosméticos na gestão de pessoas portadoras de LER/DORT, sob a visão de uma gestora do setor de fisioterapia, com a finalidade de ressaltar a importância dos cuidados com trabalhadores portadores de doença ocupacional. Tem-se consciência de que este é “um olhar” dos muitos possíveis.

A figura 7, que representa o número de novas aberturas de CAT decorrentes de doença ocupacional por ano, demonstra que os programas de Ergonomia e de Readaptação influenciaram positivamente no controle dos afastamentos por LER/DORT, apesar de não terem erradicado os casos destas doenças. O programa de gerenciamento que a empresa realiza é eficaz, pois permite que a saúde do trabalhador esteja em primeiro lugar.

Disponibiliza ambientes de trabalho ergonomicamente estudados e modificados, um ambulatório médico dentro da empresa com profissionais das áreas de Medicina do Trabalho, Ortopedia, Fisioterapia, Psicologia, Medicina Geral, Dermatologia, Nutrição, Pediatria, Fonoaudiologia, Medicina Tradicional Chinesa e Ginecologia - além de um setor específico para assuntos de Ergonomia e outro de Assistência Social - a qualidade de vida do trabalhador permanece sempre em foco.

No momento em que é detectado qualquer problema, de origem ocupacional, ou não, do trabalhador, ele passa a ser acompanhado de perto pelo serviço médico e recebe todos os tratamentos disponíveis para recobrar sua saúde o mais rápido possível.

Sabe-se que, além destes cuidados curativos, é preciso haver um trabalho intenso de prevenção, para que problemas como estes não encontrem campos férteis para se instalar.

Na indústria em questão, a ginástica laboral é uma das ferramentas que contribui na prevenção. Ela é realizada antes do início do turno de trabalho, antes do horário das refeições e ao término da jornada laboral, todos os dias, em todas as fábricas. Ao ser realizada, os trabalhadores param suas atividades ao mesmo tempo e, sob supervisão de instrutores, realizam exercícios específicos para cada tipo de função do seu trabalho.

Outro valioso instrumento para prevenção e combate às doenças ocupacionais é a informação e a orientação. A Ergonomia está presente desde a admissão do trabalhador (quando recebe palestras no trabalho de integração), passando pela análise e modificação dos postos de trabalho, até as orientações de posturas dentro das fábricas durante a atividade laboral.

Para compreender melhor a gestão da saúde, além do Programa de Readaptação da empresa, seria de grande valia analisar

profundamente os benefícios que o Projeto de Ergonomia promoveu através de suas ações.

O controle de horas extras dos funcionários também pode ser um aliado importante nos cuidados com a saúde do trabalhador. Seria interessante incluir no Programa de Readaptação um questionário com os trabalhadores que dele participam, para criar uma rotina de “*feedback*” das ações de melhoria contínua.

O Programa ainda sugere reuniões mensais com os trabalhadores e seus gestores, porém, atualmente, são apenas anuais, por isso não foram citadas anteriormente. Este é um ponto a ser aperfeiçoado para melhorar a integração entre os profissionais que fazem parte da equipe encarregada do programa.

Para que este trabalho seja ampliado, o próximo passo a ser seguido é aplicar o modelo de gerenciamento desta empresa em outra do setor de cosméticos, avaliando assim sua eficácia e tornando-o protocolo para a gestão de LER/DORT.

Referências

BALLONE, G.J. **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática**. São Paulo:Manole, 2007.

BARBOSA, L.G. **Fisioterapia preventiva nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORTs – A Fisioterapia do trabalho aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BASBAUM, L. **Alienação e humanismo**. São Paulo: Global, 1981.

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

CANÊDO, Leticia Bicalho. **A revolução industrial**. São Paulo: Atual, Campinas: Editora da Unicamp, 1987.

CARVALHO, A. A. **Semiologia em reabilitação**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

CARVALHO, L.C.R.F. de. **A influência do estilo de liderança na gênese dos DORTs em uma fábrica de calçados**. Tese de mestrado; Porto Alegre, RS, 2002. Acesso em: www.saudeetrabalho.com.br, 20/09/2006.

CESAR. P. MINIJO, C. **Saúde e doença: um olhar antropólogo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CODO, W.; ALMEIDA, M.C. (organizadores) **LER, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CORTEZ, S. A. E. **Acidente do trabalho: ainda uma realidade a ser desvendada**. Departamento de História, tese de mestrado; Ribeirão Preto, SP. Acesso em: www.teses.usp.br, 08/09/2006.

COSTA, Hertz Jacinto Costa. **Acidentes de trabalho**. Artigo científico; Acesso em: www.fiscosoft.com.br 09.01.2006.

COUTO, H.A. **Como gerenciar a questão das LER/DORT: lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.** Belo Horizonte: Ergo, 1998.

_____. **Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT: O fenômeno LER/DORT no Brasil.** Belo Horizonte: Ergo, 2000.

_____.; NICOLETTI, S,J.; LECH, O. **Gerenciando a LER e os DORT nos tempos atuais.** Belo Horizonte: Ergo, 2007.

DEJOURS, C.A. **Loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Guia técnico ambiental da indústria de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos.** São Paulo, SP, 2006.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1991.

HALL, S.J. **Biomecânica básica.** Rio de Janeiro: Koogan, 2000.

KOTTKE, F.J. STILLWELL, G.K. LEHMANN, J.F. **Krusen: Tratado de medicina física e reabilitação.** São Paulo: Manole,1986.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LIBERMAN, A. LIBERMAN M. B. **Ajustamento psicossocial à incapacidade física.** In: O'Sullivan, S. B.; Smitz, TJ Fisioterapia – avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 1993.

LIMA, M. E. A. **Novas políticas de recursos humanos: seus impactos na subjetividade e nas relações de trabalho.** In: **Revista Administração de Empresas**, v.34, n°3, São Paulo, mai/jun 1994.

MARX, K. ENGELS, S.F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1991.

MAENO, M.S. Distúrbios musculares relacionados ao trabalho – DORT. **Folha de Ortopedia e Traumatologia do Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo, SP. MAX, nº29, 1998.

MARINHO, A.P. FIORELLI, J.O. **Psicologia na fisioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MATOS, C.A. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 1998.

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

_____. ; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador in **Revista Saúde Pública**, vol. 25, nº 5, São Paulo, oct 1991, Acesso em: www.scielo.br, 03.10.2006.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **LER – Lesões por esforços repetitivos normas técnicas para avaliação da incapacidade**. Brasil; 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Diagnóstico e condutas**. Brasil; Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, cap. 18.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Manuais de legislação Atlas – Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1993.

NICOLETTI, S.J. **L.E.R. - Fisiopatologia das lesões por esforços repetitivos**, fascículo 2. Acesso em: www.cboo.com.br, 20/04/2006.

OLIVEIRA, C.R. e colaboradores. **Manual prático de LER. Lesões por esforços repetitivos**. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte, 1998.

PEREIRA, R. País tem dois milhões de ações por ano. **O Estado de São Paulo**, Caderno Economia, B3, 12 de fev. de 2007.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000.

REVELATO, J.R. *et al.* **Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. São Paulo: Manole, 1999.

ROCHA. L.E.; *et al.* **Isto é trabalho de gente?** Artigo científico; Acesso em: www.medline.com.br , 23/10/2006.

SALLES, M.M.; Tenossinovite – Doença ocupacional ou social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol.19, nº 73, abr/mai/jun, 1991.

SALIM. C.A.; **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero**. São Paulo: Perspectiva, v.17, nº 1, São Paulo jan/mar 2003.

_____. ; CARVALHO, L.F. de. **Saúde e segurança no ambiente de trabalho: Contextos e vertentes**. Belo Horizonte: Segrac, 2003.

_____. ; CARVALHO, L.F. FREITAS, M.N.C. FREITAS, de M. (orgs).; **Saúde e segurança no trabalho: novos olhares e saberes**. Belo Horizonte: Segrac, 2003.

SANTOS, H.A.; BUENO, M.A.; **A questão da LER/DORT no sexo feminino**. Campo Grande: Monografia de Especialização, Sociedade Universitária Estácio de Sá, 2002.

SANTOS, J.J. *et al.* **Um olhar sobre a psicossomática no adoecimento causado pelas LER/DORT**. Brasília: Monografia de pós-graduação, Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo, 2005.

SILVA, C.A.N. ; VILELA, E. ; **O significado do trabalho**. Natal, 2005.

TAMLER, M.S.; MEERSCHAERT, J.R.; Pain management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes. **Rev. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North América**, v. 7, nº 3, ago 2000.

VERTHEIN, M. A. R. **Jogos de poder instituindo saber sobre as lesões por esforço repetitivo: as redes discursivas da recusa do nexo**. Rio de Janeiro, Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

YENG, L.T.; *et al.* Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Cumulative trauma disorders. **Revista Médica**, vol. 80 (ed. especial), São Paulo, 2001.

ZORZETTO, A.A.; *et al.* A ecografia das lesões músculotendinosas do ombro. **Revista Brasileira de Radiologia**, v. 36, nº 4, jul/ago 2003, departamento de medicina, tese de doutorado; Acesso em www.scielo.br, 23/10/2006.

Consultas em sites:

www.abifarma.org.br (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica).

www.abihpec.org.br (Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal Perfumaria e Cosméticos).

www.abiquim.org.br (Associação Brasileira da Indústria Química)

www.anvisa.gov.br (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

www.cboo.com.br (Centro Brasileiro de Ortopedia Ocupacional)

www.dataprev.gov.br

www.fiscosoft.com.br (teses de mestrado e doutorado)

www.fundacentro.gov.br (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho)

www.ibge.br (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

<http://www2.uol.com.br/prevler/index.htm> (Instituto Nacional de Prevenção as L.E.R./D.O.R.T.)

www.medline.com.br (bibliografia geral)

www.saude.gov.br/svs (artigos na área de saúde)

www.saudeemmovimento.com.br (conteúdos do Ministério do Trabalho e Emprego, da Saúde, previdência e Assistência Social).

www.saudeetrabalho.com.br (conteúdos sobre saúde).

www.scielo.br (bibliografia geral)

www.sipatesp.com.br (Sindicato das Indústrias de Perfumaria e Artigos de Toucador no Estado de São Paulo)

www.teses.usp.br (teses de mestrado e doutorado)

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](#)