

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Rosa Maria Martins Juang

**Um olhar interdisciplinar sobre a Assertividade e a DORT
em Mulheres Trabalhadoras**

Curso de Pós Graduação em Ciências Sociais

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Rosa Maria Martins Juang

**Um olhar interdisciplinar sobre a Assertividade e a DORT
em Mulheres Trabalhadoras**

Curso de Pós Graduação em Ciências Sociais

**Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de
Doutor em Ciências Sociais sob a orientação
da Professora Doutora Maria Helena Villas-Boas Concone**

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Juang, Rosa Maria Martins “Um olhar interdisciplinar sobre a Assertividade e a DORT em Mulheres Trabalhadoras” Pontifícia Universidade Católica 2008

Resumo

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) se constituem num grave problema de saúde pública com conseqüências sociais e econômicas muito importantes. Fatores sócio-culturais também devem ser considerados numa abordagem multidisciplinar.

Associando enfoques quantitativo e qualitativo, com a finalidade de investigar possíveis componentes desta doença passíveis de intervenção, como a Assertividade, bem como fatores sócio-culturais envolvidos, foram entrevistados nove sujeitos além de selecionados três grupos de mulheres (gênero mais acometido) entre 25 e 45 anos (faixa etária de maior incidência). Estes grupos responderam então a um questionário sobre Assertividade (adaptação da Escala de Rathus baseada no estudo de Pascoli e Gouveia de 1991) e outro sobre Qualidade de Vida (SF 36).

Os resultados obtidos nos questionários de Assertividade não evidenciaram diferenças significativas entre os três grupos. Porém elas ocorreram de forma inequívoca nos itens ligados a aspectos físicos do questionário SF 36, o que reforça a participação e importância de componentes biológicos fortemente influenciados por questões sócio-culturais nesta disfunção.

Conclui-se então que, mesmo que não possam prevenir a DORT, as intervenções sobre aspectos físicos e organizacionais do trabalho são inequivocamente necessárias, pois do contrário, os problemas músculo-esqueléticos poderão ser provocados ou mesmo agravados (Maeno e col, 2001). No entanto, isto deverá ocorrer sempre dentro de uma abordagem multidisciplinar. Evidencia-se também neste estudo a necessidade de incorporação de novos modelos de pesquisa, bem como um olhar especial direcionado a mulher trabalhadora.

Palavras Chave: Assertividade, DORT, Fatores Sócio-Culturais, Mulheres Trabalhadoras

Juang, Rosa Maria Martins **An Interdisciplinary Look towards Assertiveness and WORD in Working Woman** Pontifícia Universidade Católica 2008

Abstract

The Work Related Osteomuscular Disorder (WROD) constitutes a serious public health problem with very important social and economical consequences. Socio-cultural factors should also be considered in a multidisciplinary way.

Associating both quantitative and qualitative approaches, aiming at the investigation of possible components of this disease that are subject of intervention, such as Assertiveness, and the socio-cultural factors involved, nine subjects were interviewed, three groups of women (the most undertaken gender) between 25 and 45 years (the most incident range). These groups answered, then, a questionnaire on Assertiveness (adaptation of the Rathus Scale based on the study by Pascoli and Gouveia of 1991) and another study on Quality of Life (SF 36).

The results obtained in the Questionnaire of Assertiveness do not demonstrate significant differences among the three groups. Nevertheless, they occurred in an unequivocal way in the items related to physical aspects of questionnaire SF 36, which reinforces the participation and prevalence of biological components strongly influenced by socio-cultural matters in this disorder.

We come to the conclusion that, although it cannot prevent WROD, interventions in the physical and organizational aspects of work are certainly necessary, since, without them, the musculoskeletal problems may be caused or aggravated (Maeno and col, 2001). However, this should always occur in a multidisciplinary approach. This study also proves the need to incorporate new models of research, as well as a special look towards the working woman.

Key words: Assertiveness, WROD, Socio-cultural factors, Working women

SUMÁRIO

I.	APRESENTAÇÃO	11
	Objetivo	13
	A PESQUISA	14
	Método	14
	Sujeitos	15
	Procedimento	16
II.	TRABALHO: DOENÇAS LABORAIS	19
	DORT	23
	O Estigma da DORT	28
	Doença Laboral em Mulheres	30
	Mulheres Trabalhadoras	33
	Combate à DORT	36
	DORT e Fatores não Físicos	44
	Fatores de Risco para DORT	50
	DORT e o Trabalho Domiciliar	52
	A Dificuldade para tratar a DORT	54
	DORT e Assertividade	56
	Alguns Significados da Doença	58
	Epidemiologia	63
	Assertividade	67
	Qualidade de Vida	71
III.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
IV.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
V	BIBLIOGRAFIA	105
	ANEXOS	

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por permitir a realização deste trabalho.

A meus pais, Luiz Martins (*in memoriam*) e Ana Cecília Martins que sempre souberam apoiar de maneira incondicional seus filhos, especialmente em relação aos estudos, que eles mesmos não puderam ter.

A meu marido Chau pela cumplicidade, companheirismo e colaboração em todas as etapas deste projeto e por me presentear Henrique e Letícia (nossos filhos), que juntamente com ele se constituem na maior dádiva que recebi na vida adulta.

A Professora Doutora Maria Helena Villas-Boas Concone por acolher meu projeto e pela orientação segura, mas sobretudo pela competência, elegância, humanidade e bom humor, que devolveram a mim o prazer da pesquisa.

A meus irmãos: os que “nasceram” em casa e aos que “chegaram” depois: Luiz, Simone, Marcel, Patrícia, Cida e Paulo.

A Conceição Sadriano, irmã que escolhi nesta vida pelo incentivo e certeza inabalável de que conseguiria chegar ao termo desta empreitada, quando eu mesma já me julgava sem forças...

À amiga e irmã Angela Suzuki pela colaboração ativa, incentivo constante e acolhida em tantos momentos difíceis deste período.

Aos amigos da UNIFIEO tão presentes na jornada pela força, estímulo e ajuda: professores Cristina Cabral, Elizabeth Alves, Luciana Akemi, Jean Baptist Vrabic, Andréa Santos; futuros colegas como Angela de Paula Torquati, Andrea Bazílio, Milena Imaizumi Liste, Edinéia Maria Caretti, Rubian de Souza Mechi, Eloíza Satico Tabutti Jensen, Rosana de Fátima Lopes Machado, Liliane da Silva Jacinto Souza Mattos e Cristiano Alexandre dos Santos e funcionárias Cristianne Vanni, Cristianne e Eliane.

À amiga Renata Cereda por dividir generosamente seu conhecimento precioso.

Às amigas Marli Alves, Mônica Porto, Fernanda Couto por nunca duvidarem.

À minha sogra D. Chyn, por buscar meu filho na escola para que eu pudesse concluir os créditos.

À Prof Dra Eliane Falcone pela gentileza de enviar seus artigos.

A Wanderson e Alessandra Lazarini pela ajuda na estatística.

À Professora Doutora Renata Nieto pelo apoio.

À enfermeira Sônia Maria Zaidan e ao médico William Carlos Tarifa Quintana do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador da Mooca (PMSP), bem como aos funcionários e pacientes deste local.

Aos amigos Shrek, Fiona, Sully, Mike, Boo, Sr e Sra Incrível, Flecha, Violeta, Robin Hood, Scrat, Manfred, Jimmy Neutron, Clifford, Bob o Construtor, Ursinho Pooh, Tom, Jerry, Scooby Doo, Salsicha, Mickey, Pato Donald, Tarzan, Hércules, Aladim, Jasmine, Simba, Pumba, Timão, Lillo, Stich, Woody, Buzz Lightyear, Koda, Mickey, Pateta, Bob Sponja, Patrick, Lula Molusco, Mônica, Cebolinha, Cascão, Magali, Meninas Super Poderosas, Save Ums, Caillou e tantos outros desenhos animados que ajudaram a entreter meus filhos que eu pudesse desenvolver esse estudo...

A meus pais Luiz e Ana

A meu marido Chau

A meus filhos Henrique e Letícia

A todos os pacientes que merecem de nós, profissionais da Saúde, todo o empenho para redução de seus sofrimentos

Aos que ensinam e aos que aprendem...

(Dik Browne Folha de São Paulo 27.09.2007)

I. APRESENTAÇÃO

*“Quem começa com dúvidas, acabará com certezas,
mas aquele que começa com certezas acabará com dúvidas.”*

Francis Bacon

“O Dr X me falou: ih, chegou o “abacaxi”!... Então agora eu sou um “abacaxi”?”

“Sabe o que o Dr X me falou? Dr Fulano só me encaminha “pepino”!... Já não chega tudo que estou passando e o médico ainda diz que eu sou um “pepino”?...”

No trabalho como fisioterapeutas e professora nessa área, somos colocados em contato com os problemas, as queixas, os sofrimentos reportados direta ou indiretamente por pacientes com diagnóstico de DORT.

Freqüentemente deprimidos e aborrecidos, chegavam ao setor de fisioterapia com relatos variados e ao mesmo tempo semelhantes quanto ao tratamento recebido por parte sobretudo, de colegas da área de saúde.

Chamados de “pepinos”, “abacaxis” e mesmo de outras formas igualmente desairosas, realizavam sessões de fisioterapia três a cinco vezes por semana por períodos variados. Com o respaldo e privilégio de um contato tão constante, podemos afirmar que nunca identificamos em qualquer um

desses pacientes o menor traço de fingimento, pelo contrário, muitos tentavam disfarçar ou subestimar os sintomas com a finalidade de retornar ao trabalho. Creditamos assim, este comportamento de meus colegas da área de saúde, ao sentimento de frustração que este diagnóstico nos causa a todos, pois em detrimento de toda a atenção e tratamento que dispensamos, dificilmente obtemos a cura desejada, por nós e sobretudo, pelos pacientes, nos quadros mais adiantados da doença.

Meu interesse maior se definiu então, pela pesquisa das doenças laborais, sobretudo pela dificuldade que apresentavam tanto para o trabalhador quanto para os profissionais envolvidos.

As pessoas acometidas falam de sofrimento físico, de discriminações suportadas no trabalho, de descrença dos familiares e de profissionais em relação ao seu quadro e finalmente indicam situações de tristeza, desânimo, depressão, além de afastamento do trabalho.

O profissional fisioterapeuta se vê confrontado por solicitações diversas: interpretar queixas, encaminhar para avaliações e tratamentos por parte de outros colegas da área, executar o tratamento fisioterapêutico e outros, dado que os quadros apresentados são diversificados, incluindo dimensões físicas, psicológicas e relacionais. Há diversidade também entre os acometidos.

Trata-se enfim, de síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas.

A busca das Ciências Sociais para desenvolver este trabalho se deveu à procura de novas respostas, de novas ferramentas para uma reflexão mais aprofundada sobre o tema, indo mais além dos fatores biofísicos.

Este trabalho é então uma proposta de reflexão interdisciplinar sobre a DORT. Para tanto percorremos uma bibliografia tanto das áreas de Ciências Sociais quanto de Fisioterapia e afins, sem esquecer da Psicologia Experimental, de onde foi extraído o conceito de Assertividade.

Tomamos esse conceito como norteador do trabalho. Nossa hipótese é que a Assertividade está diretamente relacionada à vulnerabilidade ou susceptibilidade para desenvolver a doença.

Nosso objetivo é identificar e interpretar comportamentos culturais em comum entre trabalhadoras acometidas por DORT a partir da verificação da correlação entre comportamento assertivo e qualidade de vida.

OBJETIVO

Identificar e interpretar comportamentos culturais em comum entre trabalhadoras acometidas por DORT a partir da verificação da correlação entre comportamento assertivo e a qualidade de vida.

A PESQUISA

MÉTODO

Para dar conta dos objetivos, desenvolvemos uma pesquisa na qual combinamos métodos quantitativo e qualitativo. As técnicas utilizadas foram questionário e entrevista. Nosso foco foi a relação DORT/Assertividade.

Sendo este um trabalho interdisciplinar, é também uma investigação na qual procuramos fazer dialogar os modos de trabalho, a linguagem e as exigências da nossa área de origem (fisioterapia), com os modos de trabalho, as preocupações e as exigências da reflexão antropológica, nossa área de acolhimento. Acreditamos que com o tempo e o esforço de profissionais dos dois campos (ciências biológicas e ciências sociais) além da multiplicação de pesquisas interdisciplinares, o diálogo possa vir a ser mais fluido, atingindo a almejada transdisciplinaridade. Pelo momento acrescentamos mais um ladrilho nesse caminho

O estudo da Assertividade contempla basicamente o comportamento e a eleição do método de avaliação deve levar em conta este aspecto, que pode ser analisado de várias formas, entre elas entrevistas, observações comportamentais *in loco* e utilização de escalas em formulários de investigação. Deve favorecer o direcionamento da pesquisa, observando a “identificação de unidades significativas de respostas e de suas variáveis controladoras, com os objetivos de compreender e modificar o comportamento” (Hayes e col, 1986 *apud* Ribeiro, 1990).

A entrevista comumente constitui-se num meio interessante para obtenção de dados, em geral de auto-relato. A observação direcionada permite medir diretamente um comportamento específico de várias formas, e desta maneira sofre influência do observador, do local de observação e do “grau de estruturação com que observa”.(Hayes e col (1986), Keefe e col e Gordon (1978) e Di Nucci (1981) *apud* Ribeiro (1990).

Sujeitos

A fim de investigar a correlação entre a incidência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e Assertividade foi realizado um estudo comparativo com três grupos de aproximadamente 30 sujeitos cada, perfazendo um total de 111 sujeitos, do gênero feminino entre 25 e 45 anos, além de uma entrevista com 3 mulheres de cada grupo.

Grupo 1: 32 sujeitos selecionados aleatoriamente no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador da Prefeitura do Município de São Paulo com diagnóstico estabelecido de DORT.

Grupo 2: 33 sujeitos sem diagnóstico de DORT submetidos a condições de trabalho como repetitividade, monotonia de tarefas ou traumas cumulativos que podem favorecer o desenvolvimento desta doença.

Grupo 3: 46 sujeitos sem diagnóstico de DORT não submetidos à condições de trabalho que podem favorecer o desenvolvimento desta doença.

Procedimentos

Um formulário, questionário ou escala previamente estabelecida apresenta a vantagem de maior objetividade e uniformidade na obtenção e fidedignidade na tabulação de dados, sobretudo quando há mais de um investigador em campo, além de permitir a comparação com os resultados obtidos após algum tipo de intervenção, como um eventual treinamento de assertividade.

A Escala de Assertividade de Rathus (RAS) (Rathus, 1973 *apud* Echeburia, 1997), que consiste em trinta itens, foi “submetida a análise de fidedignidade com uma amostra de estudantes universitários, tendo apresentado moderada estabilidade na reaplicação após oito semanas”. Sua validade foi comprovada quando juízes avaliaram a assertividade de seus sujeitos e os resultados demonstraram um coeficiente alto quando comparados escores obtidos por esta escala. (Ribeiro, 1990).

Pascoli & Gouveia (1990) validaram e adaptaram para o Brasil a Escala de Assertividade RAS, aplicando este instrumento em 302 estudantes solteiros secundaristas e universitários com uma idade média de 19 anos, onde uma análise fatorial Alpha mostrou a presença de um grande fator, no qual 20 dos 30 itens originais da escala apresentavam resultados relevantes. Este fator foi definido pelos autores como “Inibição x Desinibição” (consistência interna de 0,81- Alpha de Cronbach). Identificaram também outros dois fatores, porém com estrutura ainda indefinida.

A versão adaptada por Silva e Diksztejn, baseada no estudo de Pascoli & Gouveia (1990), amplamente aceita e utilizada e de mais fácil

entendimento por parte da população estudada e mais próxima de sua realidade, contemplando questões sobre a vida cotidiana (vide anexo) apresentou maior adequação a este estudo, portanto foi o recurso eleito.

Também foi aplicado o questionário SF 36 para avaliar a qualidade de vida das trabalhadoras.

Desta forma os sujeitos foram convidados a responder à pesquisa, sendo nesta ocasião informados de que esta fazia parte da investigação de possíveis agentes causadores da DORT. A participação foi voluntária e o formulário preenchido pelo pesquisador ou pelo sujeito.

Os dados obtidos foram então classificados de acordo com faixa etária, gênero e pontuação obtida nos questionários que, variando de 0 a 75 pontos, permitiram uma subclassificação a cada 10 pontos. Verificou-se a correlação entre os escores obtidos no teste de Assertividade e diagnóstico efetivo de DORT através da comparação dos dados obtidos com os grupos controle 2 e 3. Foram também comparados aos índices obtidos na investigação de qualidade de vida para verificação de possível correlação.

A fim de aprofundar a pesquisa foram realizadas entrevistas com três mulheres de cada um desses grupos de acordo com roteiro elaborado especialmente para este estudo (vide Anexos).

Há que se considerar ainda que fizeram parte dos procedimentos de pesquisa o levantamento bibliográfico e especialmente a observação recente das situações vividas pelas participantes da pesquisa, somada às observações acumuladas nos muitos anos de atividade profissional. Assim, podemos dizer que acrescentamos o nosso depoimento ao depoimento das

mulheres que participaram da pesquisa, seja respondendo aos questionários, seja participando da entrevista.

A organização do texto:

Para apresentação da discussão e dos nossos dados, esta Tese foi organizada em quatro partes, além da bibliografia e anexos, como segue:

Capítulo I: Apresentação do Tema, Objetivos e Método da Pesquisa; organização final da Tese

Capítulo II: Trabalho e Doenças Laborais, DORT, O Estigma da DORT, Doença Laboral em Mulheres, Mulheres Trabalhadoras, Combate à DORT, DORT e Fatores não Físicos, Fatores de Risco para DORT, DORT e o Trabalho Domiciliar, A Dificuldade para Tratar a DORT, DORT e Assertividade, Alguns Significados da Doença, Epidemiologia, Assertividade e Qualidade de Vida

Capítulo III: A pesquisa e seus resultados

Capítulo IV: Considerações Finais

Bibliografia

Anexos

II. TRABALHO E DOENÇAS LABORAIS

Ao longo da história, o trabalho sempre se constituiu em algo fundamental na relação homem-natureza, movimentando a vida humana (Barreto, 2006) e viabilizando a sua própria existência, em todos os aspectos. Pode ser fonte de prazer, de formação e afirmação da personalidade, de sobrevivência. No capitalismo porém, a busca constante do aumento da produtividade favorece o desenvolvimento de doenças e mesmo acidentes. Trabalhadores “morrem suavemente *no* e *do* trabalho” (por vezes até dolorosamente...), são demitidos e desta forma excluídos do processo produtivo, bem como dos bens de consumo e dos serviços da sociedade (Barreto, 2006).

A doença, assim como o trabalho, ocorre mediada por fatores sócio culturais, não se restringindo à realidade orgânica aparente. Em cada época a doença adquire um significado. Se antigamente o flagelo da humanidade era conferido por doenças contagiosas, que em geral antes de levar à morte, deixavam sinais físicos evidentes e temidos por todos, atualmente vivemos um predomínio de doenças crônicas degenerativas, com preponderância de sintomas sobre sinais. Por não serem contagiosas, essas doenças são consideradas e tratadas como “individuais”, percebidas basicamente por pessoas mais próximas sem o temor do contágio. Em grande parte dos casos, pela impossibilidade da ciência proporcionar a cura para estes pacientes, há a necessidade dos pacientes de aprender a conviver com os limites impostos pela sua disfunção, com todas as exigências da vida familiar, profissional e social (Adam e Herzlich, 2001).

Neste contexto é que a DORT (Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho) se situa: casos avançados ou crônicos demandam que o doente conviva numa nova condição, cercado de limitações e repercussões freqüentemente negativas em todos os aspectos de sua vida. Embora a DORT não seja historicamente nova, pode ser considerada um “flagelo moderno” na medida que, inviabilizando a vida cotidiana, pode ser emocionalmente experienciada como “mortal” para as relações econômicas, familiares e culturais, se considerarmos o trabalho como uma das bases da vida em nossos dias.

O portador da doença pode vivenciá-la como “destrutiva” em relação a seus papéis sociais e suas capacidades, sem vislumbrar possibilidade de restaurar sua identidade. Por este motivo pode negá-la, quando e enquanto possível. Também pode assumir um caráter “libertador” na medida em que proporciona um papel social de superação diante da adversidade (Adam e Herzlich, 2001). As pessoas apóiam-se, portanto em conceitos, estruturas de referência e símbolos assimilados nos grupos sociais a que pertencem para explicar fenômenos orgânicos (Adam e Herzlich, 2001). A doença pode ser usada até como uma metáfora de negação de desejos e de “energia vital insuficiente”, em pacientes portadores de câncer (Suzan Sontag, 2007).

Sabemos também que pertencer a uma profissão significa estar inserido num contexto sócio-cultural específico que compreende nível educacional, salário e mesmo comportamentos próprios. Quanto mais elevada a escolaridade e o nível financeiro, melhores e mais favoráveis são os recursos disponíveis em todos os aspectos. Em todos os povos, a interpretação da doença passa pelo imaginário coletivo, e embasa a

expressão de crenças e valores dessa mesma sociedade. Assim sendo, o conceito de Saúde adquire valor mais amplo que simplesmente “ausência de doenças”: trata-se de domínio sobre pressões e exigências da vida social, acompanhado de sentimento de bem estar psicológico e físico, harmonia nos relacionamentos e satisfação no trabalho (Adam e Herzlich, 2001). É neste campo de percepção alargada que a questão da DORT deve ser avaliada.

Por outro lado, não podemos negar que nosso sistema de saúde está baseado na “medicalização” e infelizmente, os medicamentos pouco têm a oferecer aos pacientes portadores de DORT. Analgésicos e antiinflamatórios muitas vezes são utilizados com poucos resultados. Trata-se de uma doença de difícil abordagem: o paciente sofre intensamente, apresenta poucos sinais externos e não tem seu problema resolvido com medicações, intervenções cirúrgicas ou mesmo internações hospitalares. Não há uma vacina para prevenir seu mal.

Noutras palavras, a sensação de dor ou mesmo de mal estar é inquestionável para o seu portador, pois está localizada em seu corpo, porém, para o outro, por mais próximo que seja, a vivência ou a percepção é diferente: pode perceber apenas sinais externos como expressões faciais, gestos e gemidos. Nenhum desses sinais pode sozinho, conduzir ao reconhecimento da existência de uma “doença”. Nem sequer permitem sempre avaliação da intensidade da dor do outro. Há necessidade então, de que seus sintomas sejam transformados em “objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção” (Rabello e col, 1999 p 172). Este aspecto agrava ainda mais o sofrimento dos pacientes com diagnóstico clínico, confirmado ou não, de DORT.

Segundo Helman (2004) a dor é o achado mais freqüente na prática médica. No entanto, nem todas as dores recebem o mesmo tratamento, seja por parte dos profissionais, seja por parte do leigo; Duarte e Leal (1998) apontam que “dor no peito” é potencialmente considerada grave, uma vez que pode denotar algum problema cardíaco, “dores na barriga” podem indicar apendicite, demandando assim atenção imediata. A dor pode ser considerada “normal”, no caso de fazer parte do período menstrual ou “anormal”, quando mais aguda, percebida como “facada”, “ferroada”, “dor rasgada”. A dor pode inclusive adquirir vida própria e “atacar”, “caminhar”, “vir de repente”... Noutras palavras, a gama das representações é vasta e nem todas foram acolhidas e re-significadas no universo das práticas e conhecimentos médicos e afins, compondo sistema de sinais e sintomas.

DORT

“Dor é uma experiência sensorial complexa, freqüentemente não relacionada com a natureza ou intensidade da lesão tecidual. A sensação dolorosa implica na geração da imagem simbólica desagradável da razão química e física do fenômeno traumático referida a alguma região do corpo” (Teixeira e col, 1999). É dessa forma que nós, profissionais da saúde, definimos costumamos definir a dor.

Sabemos porém, que ela é influenciada por vários fatores, como as emoções, fantasias além de fatores étnicos, sócio culturais e demográficos do ambiente onde ocorre a sofrida experiência da dor. Influem também o medo da incapacidade, da morte e da desfiguração, somam-se às incertezas e a preocupação com as perdas materiais e sociais. Os pacientes sofrem também com a limitação para a execução das atividades profissionais e do cotidiano, experenciam então o prejuízo da sensação de bem estar. As algias também prejudicam o sono, o repouso físico e psíquico, o lazer e até mesmo o apetite (Teixeira e col, 1999).

Em geral os pacientes com diagnóstico de DORT em estágios mais avançados queixam-se de dor crônica, que muitas vezes não responde satisfatoriamente aos recursos analgésicos.

Os pacientes com DORT em geral apresentam a dor na região das mãos, punhos ou da coluna cervical, não raro acompanhada de fraqueza ou mesmo dormência. Este quadro não demanda maiores cuidados por parte

dos que os rodeiam, que inclusive duvidam e subestimam muitas vezes o seu padecimento. Ou seja, para eles não seriam dores “importantes”, talvez coubessem na categoria de “normalidade”.

Na verdade, a dor, de maneira geral é essencial para a vida, uma vez que sinaliza a ocorrência de anormalidades. No entanto, sua etiologia pode ser mal compreendida e, por conseguinte, tratada de maneira precária. Realmente, a subjetividade das expressões da dor pode limitar o seu entendimento e seu controle. Indivíduos diferentes que teoricamente apresentam a mesma sensação dolorosa fazem descrições distintas dos quadros. A dificuldade de comunicação deve-se ao fato do paciente descrever sua dor podendo se valer de diferentes linguagens, experiências, vivências e visões; dada a sua natureza subjetiva. Trata-se, como já dissemos, de uma entidade perceptual complexa, que só pode ser acessada de maneira indireta (Teixeira e col, 1999).

Em geral os pacientes não percebem as repercussões dos aspectos emocionais nos quadros dolorosos, quanto à sua expressão ou mesmo origem. Deve então um profissional da área específica, como um psicólogo, fazer esta “ponte”. Não raro, o paciente entende que o motivo de seu encaminhamento para avaliação e tratamento psicológico, reside no fato do médico não conseguir tratá-lo. Pode assim criar fantasias de abandono ou desinteresse por parte da equipe de saúde ou mesmo de que duvidem da veracidade de sua dor. Portanto, cabe também ao profissional, esclarecer ao paciente que mesmo que a origem de sua dor não tenha sido satisfatoriamente detectada, sua dor é sim considerada, creditada (Boguchwal e Ferraz, 1999).

Curiosamente fato semelhante ocorre quando recebemos pacientes com DORT para realizar avaliação e tratamento fisioterapêutico. Supõe e verbalizam claramente que os médicos os “jogaram ali” por não saberem o que fazer ou não terem nenhum interesse em seu caso. Consideram muitas vezes o encaminhamento para fisioterapia como um ato de abandono diante de um quadro sem esperança de recuperação. Ouvimos muitas vezes: “Não sabiam mais o que fazer comigo, então me mandaram para cá!...”. Magoados e ressentidos, viam o setor de fisioterapia como um “depositário” de casos sem prognóstico de qualquer melhora. Certamente esta postura, muitas vezes apenas inicial, dificultava o desenvolvimento da terapêutica.

Em qualquer área da saúde, as dificuldades de tratamento costumam se reportar às possíveis frustrações em relação a medidas terapêuticas diversas ou mesmo reações adversas aos medicamentos prescritos. Sobretudo, pode se dever também à percepção por parte do paciente, que seu quadro doloroso embora tratável, pode não ser totalmente “reversível”, como todos desejam. Reações agressivas e pouca colaboração ao tratamento, poderão então ser observadas nesses casos, além de um quadro provável de ansiedade. Esta deverá ser tratada, pois agrava significativamente o quadro doloroso (Rotella e Tengan, 1999).

Os distúrbios do sistema músculo-esquelético, entretanto, decorrentes da atividade laborativa têm se constituído em um grande problema de saúde pública na maioria dos países industrializados, pois acometem trabalhadores jovens (entre 25 e 40 anos), economicamente ativos e em plena fase produtiva, de fato os problemas, queixas, sintomas e doenças relacionados ao desempenho laboral tem aumentado em número e gravidade nos últimos anos devido à precariedade das condições de

trabalho que atingem, sobretudo, as mulheres. É o caso de trabalhadoras do mercado informal, de serviços terceirizados de limpeza freqüentemente sem direitos trabalhistas, porém mesmo trabalhadoras de setores formais, muitas vezes adotam posturas fixas por longos períodos para execução das tarefas laborais (Carloto, 2000).

O termo “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)” tem sido mundialmente consagrado (Maeno, 2001) para denominar essas afecções que acometem partes variadas do corpo humano. As denominações anteriores, como Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) ou Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO) foram abandonadas por não corresponderem adequadamente ao quadro clínico encontrado nesses doentes, dado que às vezes os distúrbios não eram de natureza cumulativa nem repetitiva, não eram de localização exclusiva em determinado segmento corporal, ou não revelavam lesão estrutural nos exames realizados. A Previdência Social mudou a nomenclatura LER para DORT na ordem de serviço 606/98 (Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT) (O’Neill, 2000). Recentemente, apareceu a denominação “Afecções Músculo-Esqueléticas Relacionadas ao Trabalho (AMERT)” como uma nova forma para nomear esse mesmo quadro.

Resumindo, DORT é uma síndrome que pode se manifestar em quadros clínicos bastante heterogêneos, alguns deles bem definidos como tenossinovite, sinovite ou epicondilite e outros mais inespecíficos, sem uma alteração anatômica evidenciável em exames complementares, caso em que podem ser interpretados como “distúrbios psiquiátricos” ou mera simulação. O trabalhador refere fadiga, sensação de peso, dormência e dor,

que aumentam insidiosamente (Maeno, 2001). Nos graus avançados, esse quadro é incapacitante e leva ao afastamento do serviço, o que implica em perda econômica e isolamento do círculo habitual de relacionamento, no qual o trabalhador tem um papel social definido, gerando um estigma em torno dessa patologia e do paciente. Dessa forma, as pessoas acometidas têm receio de recorrer à assistência médica, a não ser quando já se encontram com dificuldades importantes para manter o ritmo de trabalho (Deliberato, 2002).

Com relativa frequência, observamos a tentativa de culpar o funcionário pelo mal que o acomete. Este já seria predisposto física ou emocionalmente a desenvolver esta patologia, o que isentaria a empresa da responsabilidade pela doença, mesmo que haja aí um modo inadequado de trabalho, de distribuição de tarefas e até mesmo na sua hierarquia interna.

Na prática clínica de Fisioterapia, percebe-se que os pacientes com DORT que já receberam tratamento, frequentemente voltam ao mesmo ambiente e à mesma situação de trabalho que deram origem à patologia. Raras foram as ocasiões em que se efetivou uma readaptação funcional. Tive a oportunidade de constatar hipotrofia (diminuição do tamanho) de uma das mãos de uma jovem paciente após pouco tempo de execução de tarefas repetitivas e ainda assim deparar com médicos e outros profissionais que colocavam em dúvida a própria existência da DORT: “É conversa de empregado folgado que não quer trabalhar”, diziam.

O ESTIGMA DA DORT

Trabalhadores relatam discriminações ao retornarem ao trabalho após afastamento: “incapazes” são colocados à parte dos “normais”. Locais que recebem funcionários que mudam de função ou reabilitados são chamados pejorativamente de “INPS”, setor dos “podres” ou dos “inúteis” (Barreto, 2006).

A estigmatização do paciente pode levá-lo a alguns comportamentos como esconder sua doença, para ser considerado “normal” ou mesmo negar seu estado para reduzir o peso da estigmatização. Toma simplesmente a decisão de isolar-se, retirando-se do convívio social para evitar o contato com pessoas “saudáveis” (Adam e Herzlich, 2001).

Barreto (2006 p 115), médica do trabalho, após conversas com trabalhadores, constatou serem comuns as seguintes práticas nas empresas:

- “- omitir ou ignorar os acidentes considerados leves

- privilegiar o uso do equipamento de proteção individual ao coletivo

- culpar o trabalhador por sua doença ou acidente

- demitir preferencialmente os doentes

- rejeitar aqueles que apresentam qualquer alteração na saúde, por mínima que seja
- isolar e discriminar os que retornam da Previdência (Social)
- mudar de função e dar tarefa abaixo da capacidade profissional
- sobrecarregar de trabalho
- não admitir os que têm registro de acidente ou doença em suas carteiras profissionais
- forçar a demissão dos que estão em estabilidade legal por doença
- desqualificar e desmoralizar os que resistem ao autoritarismo das chefias
- demitir aqueles considerados “inadequados e inflexíveis” ante a política de gestão
- ridicularizar os solidários com o sofrimento alheio”

DOENÇA LABORAL EM MULHERES

Carloto (2000) num estudo de campo sobre mulheres trabalhadoras corrobora estes resultados: o sistema de saúde vigente com sua legislação e procedimentos dificulta o reconhecimento das doenças laborais, tornando-as dessa forma “invisíveis”. A doença, através da discriminação de classe e gênero, serve então de mote para a exclusão dessas mulheres do mercado de trabalho remunerado. Suas queixas são desqualificadas, recebendo o tratamento de “coisas de mulher”. Existem relatos inclusive de atitudes violentas em exames clínicos! Atitudes como estas somadas a tratamentos inadequados, acabam por agravar a doença pré-existente, além de acentuar o sofrimento psicológico. O caminho percorrido pela paciente até o reconhecimento de sua doença e a concessão do benefício a que tem direito é longo e não raro ineficiente.

Muitos médicos consideram mulheres potencialmente somatizadoras (tem “pitis”), sendo esta postura e conduta incutida já no curso de graduação (Silveira, 2000).

Diante desse cenário, não espanta depararmos com o relato por parte das trabalhadoras de “sofrer dos nervos”. Trata-se certamente de uma denominação de situações de estresse emocional. Silveira (2000, p 11) lembra que este sintoma é modulado pela cultura quanto às suas especificações e significados, trata-se de um “conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito sofredor e seu meio, constituindo uma das expressões de distresse e estresse social”. O quadro clínico pode se manifestar na forma de fraqueza,

cansaço, tremores, irritabilidade, cefaléia, conflitos conjugais e sociais, aflições, ira, ressentimentos... Por outro lado, as próprias trabalhadoras auto atribuírem sofrimento “dos nervos”, mostra que compartilham das representações negativas sobre as mulheres e sobre a síndrome, fato especialmente lamentável dada a sua condição clínica.

Em sua pesquisa, Carloto (2000) observou que embora o processo de reconhecimento da doença seja penoso para todos os trabalhadores, é especialmente perverso para as mulheres que são discriminadas pelo fato de apresentarem quadros clínicos que não se caracterizam como acidentes de trabalho típicos. A discriminação e a exclusão são causadas e potencializadas pela precariedade das relações de trabalho juntamente com a desqualificação das tarefas realizadas bem como de quem as realiza. Some-se a isso as formas de intensificação do trabalho recentemente impostas por novas tecnologias e teremos um quadro lamentável. A presença da mulher no mercado de trabalho formal é crescente, porém no segmento informal também é muito significativa. No próprio domicílio ou em domicílios alheios, as mulheres predominam como as principais trabalhadoras. São empregadas domésticas ou diaristas, subcontratadas pela indústria, realizando costuras, produzindo alimentos e tantas outras atividades informais para contribuir para a renda e o sustento da família.

“Se o trabalhador brasileiro está exposto a um quadro sanitário perverso no seu ambiente de trabalho, às mulheres não estão reservadas alocações particularmente saudáveis e isentas de risco à sua saúde.” (Brito e D’Acri, 1991 p 5).

A destreza manual que inclui as habilidades de precisão motriz, agilidade digital e delicadeza dos gestos, bem como a monotonia e a atenção que

requerem vários sinais (visuais, auditivos e táteis) figuram entre as exigências que predominam no trabalho feminino, doméstico ou assalariado. Quando estas características são consideradas inerentes à condição feminina, abre-se um precedente para a desvalorização de seu trabalho, para a manutenção da divisão de gênero no ambiente laboral e para mascarar o desgaste que estas condições acabam por gerar. Com frequência, vemos nas indústrias o predomínio das posturas estáticas, ritmo acelerado, fragmentação das tarefas, uso de pequeno número de músculos em movimentos de pequena amplitude, em postos de trabalho ocupados pelas trabalhadoras (Shaw *apud* Barreto e D’Acri, 1991).

Brito e Acri (1991) vêem a redução da mobilidade ou da possibilidade de movimentar-se com liberdade e espontaneidade como uma “metáfora da dominação capitalista da sexualidade. Vale observar aqui que, embora a “sujeição das mulheres” não seja apanágio do capitalismo, permanece o fato da sujeição no trabalho de trabalhadoras pouco qualificadas. Questões de ordem cultural e sócio-econômica devem sr lembradas para definir diferenças de gênero no mundo do trabalho.

MULHERES TRABALHADORAS

Hirata (2002) pontua que as relações de poder e autoridade entre homens e mulheres é reproduzido no ambiente de trabalho de maneira contraditória: observamos a desvalorização do trabalho doméstico, bem como de tarefas rotineiras, porém as qualificações como atenção, simultaneidade de funções, capacidade de supervisão associada a um certo grau de passividade desenvolvidas nestas atividades são desejáveis nos mais diversos postos. São reservadas então às trabalhadoras as tarefas manuais (de aspecto concreto) e aos homens as atividades que exigem cálculos e raciocínio (de aspecto abstrato). Trata-se de uma divisão social do trabalho associada à divisão sexual das técnicas. Quando são criadas novas tecnologias, as funções mais qualificadas são destinadas basicamente aos homens e em contrapartida as tarefas automatizadas que ocorrem em substituição da mão de obra pouco ou não-qualificada são reservadas às trabalhadoras. Alguns motivos apontados para esse comportamento giram em torno do fato da mulher trabalhadora ser considerada “incompetente” para aquelas funções, acrescido da inexistência (ou quase) de cursos de formação ou requalificação profissional para elas, e da dificuldade para mudança da divisão sexual do trabalho em setores tradicionalmente dominados pelos homens (“política empresarial”) ou mesmo a oposição masculina no âmbito sindical.

Bruschini & Lombardi (in Hirata & Maruani, 2003) numa pesquisa sobre o trabalho de homens e mulheres no Brasil na década de 1990 observaram que apesar das crises econômicas dessa época, as mulheres conseguiram consolidar seu acesso ao mercado de trabalho, bem como se manterem

nele. Constataram ainda que no mercado de trabalho, além de uma segmentação de gênero, há também uma segmentação de raça ou cor, desfavorecendo as trabalhadoras negras. Há, pois, pelo menos, três componentes de fatores que devem ser levados em conta a partir do que até agora foi apresentado. Primeiro, devemos lembrar que pelo menos desde a Segunda Guerra Mundial, o mundo ocidental apresentou para as mulheres um mercado de trabalho crescente, diversificado e em contínuo processo de consolidação. Segundo, no mercado de trabalho brasileiro (que é nosso foco) persistem diferenças significativas baseadas no gênero, cor escolaridade e classe social, fatores estes profundamente imbricados. Terceiro, a prevalência relativa de homens e mulheres no mercado de trabalho e as diferenças de remuneração dependem dos setores e profissões a serem consideradas. Assim, as mulheres trabalhadoras inserem-se cada vez mais no setor terciário da economia, tendo a média de escolaridade superior à masculina a partir do ensino médio, já constituindo cerca de 60% dos estudantes do ensino superior. As estudantes concentram-se em cursos na área de artes, ciências humanas e biológicas (sobretudo na área de saúde) constituindo uma “guetização” feminina deste mercado de trabalho. Trata-se de um movimento circular: as mulheres preferem cursos onde a empregabilidade para elas é incontestavelmente maior (em torno de 70% deste mercado de trabalho). Mesmo o emprego doméstico (também “gueto” feminino) apresenta uma melhora, com formalização crescente (registro em carteira) do trabalho e melhora da remuneração. No entanto, realmente observa-se uma tendência para trabalhadores e trabalhadoras de um deslocamento de remunerações mais baixas para remunerações intermediárias, associada a uma redução da disparidade salarial entre ambos os gêneros. Podem ter contribuído para esta modificação a flexibilização das atividades industriais e até mesmo o ingresso cada vez

maior de trabalhadoras em ocupações mais qualificadas e melhor remuneradas.

Hirata (2002) por outro lado, refere-se à maior fragilidade do emprego feminino num momento de demissões ou mesmo de reestruturação de empresas, ao lado de uma permanência feminina no mercado de trabalho e elevação das taxas de atividade feminina a despeito das crises. A mulher neste contexto se constitui em “reserva de mão-de-obra necessária à acumulação de capital”, absorvida pelo mercado de trabalho em períodos de expansão econômica e dispensada durante as crises, onde as últimas admitidas freqüentemente são as primeiras a serem demitidas. No entanto, nos trabalhos considerados femininos, parece haver uma “reserva de mercado” para as mulheres, o que pode ser considerado uma proteção em relação à concorrência masculina ou uma “especialização sexual dos empregos”. Numa situação de crise, atualmente observamos que também entre mulheres, vem sendo usado pelas gerências o conceito de priorização do emprego de arrimos de família, ou seja, mulheres solteiras e sem filhos são preferencialmente demitidas em detrimento de mulheres que sustentam sua prole, como já acontecia com os pais ou provedores de família. Trata-se de uma medida de proteção e responsabilidade social, porém entre mulheres a qualificação profissional parece influir mais na estabilidade profissional que a maternidade. Na verdade, a paternidade consolida a estabilidade profissional do trabalhador e as trabalhadoras em geral são preteridas num processo seletivo para preenchimento de vagas por serem mães ou potencialmente virem a ser.

As mulheres tendem a conservar seus postos de trabalho em momentos de crise, entretanto pagam o preço da instabilidade ou de da deterioração de condições de trabalho (Hirata, 2002).

COMBATE À DORT

Para tentar reduzir a incidência de DORT em algumas atividades formais, já se tentou desde medidas tradicionais como a colocação de descanso de punhos para digitadores de computador até aulas de dança ou ioga, mesmo assim o resultado desejado não foi obtido. Iida (1997) recomenda que a humanização do trabalho envolva novas formas de reorganização, de modo que não seja necessário o controle rígido sobre cada atividade executada, assim permitindo que cada trabalhador possa exercitar as suas habilidades para conseguir a sua realização pessoal. Neste ambiente ele irá se sentir respeitado e manterá um relacionamento amigável com seus colegas e superiores, podendo ainda interferir, como principal interessado, na organização do seu próprio trabalho. A ginástica antes da jornada de trabalho (conquista de muitos trabalhadores), considerada como uma boa forma de prevenção para DORT, apresenta entretanto, uma eficácia limitada se for realizada isoladamente. Na verdade, a prática regular de exercícios, respeitando-se os limites de cada um, é importante para a saúde de qualquer pessoa; contudo, para a prevenção de doenças ocupacionais, os fatores organizacionais do trabalho mostram-se mais importantes (Maeno, 2004). A fisiopatologia da doença é pouco conhecida. A presença de fatores psicossociais relacionados ao trabalho e ao ambiente laborativo certamente influenciam no desenvolvimento de DORT, principalmente os localizados na coluna e nos membros superiores (NIOSH, 1997). O aumento de incidência desses quadros então seria atribuído a causas como a monotonia, a mecanização, a fragmentação, a especialização e a automação das tarefas.

Waldenström e col. (2002), utilizando questionários auto administrados e entrevistas individuais em 950 trabalhadores em geral (585 mulheres e 365 homens), demonstraram ser preciso abordar os diferentes aspectos das necessidades psicológicas do trabalho. Os dados obtidos nas entrevistas estavam mais relacionados à exposição do fato em investigação, enquanto que nos questionários, os dados se referiam mais à percepção individual desse fato. A utilidade deste modelo estava baseada nas associações entre os sintomas psicossomáticos e os distúrbios do sono. Concluíram então, que a combinação de entrevista com o questionário eleva a possibilidade de interpretar a associação entre as condições de trabalho e a saúde, e pode contribuir para intervenções mais eficientes para se evitar doenças.

Jensen e col (2002) realizaram uma pesquisa sobre a prevenção de distúrbios músculo-esqueléticos relacionadas ao trabalho, entre colocadores de piso. Um questionário foi utilizado em 102 profissionais e 180 aprendizes para registrar as queixas músculo-esqueléticas, os fatores psicossociais e as propostas para sua prevenção. Foram realizadas entrevistas com pessoas-chave daquele ramo de atividade, selecionadas entre os colocadores de piso e na sua própria associação de classe, para adquirir maiores conhecimentos acerca dos obstáculos às inovações do serviço. Os resultados obtidos demonstraram que as distúrbios músculo-esqueléticos se constituem ainda num grande problema, tanto para colocadores de piso experientes como para aprendizes. A prevenção primária das distúrbios do joelho relacionadas ao estresse inerente ao trabalho requer a redução das tarefas realizadas na posição ajoelhada. Ferramentas que possam ser utilizadas em postura ereta são consideradas úteis para a prevenção dessas distúrbios. Os autores ponderaram que, através de treinamento, os aprendizes tornam-se mais socializados ao grupo e absorvem a mesma identidade, atitude para resolver os problemas, as

ferramentas e métodos de trabalho dos trabalhadores mais antigos, tornando então os hábitos já enraizados muito difíceis de se modificar. A intensidade do serviço, a pressão dos prazos, as trocas frequentes de local de trabalho e o padrão da tarefa são fatores que dificultam a introdução de práticas de trabalho mais adequadas. Portanto, não somente a troca do instrumental, dos materiais e métodos de trabalho, são necessários para a redução das doenças laborais, mas também o treinamento profissional dos aprendizes e trabalhadores experientes, bem como dos chefes de seção e empregadores.

Maciel (1995) define Ergonomia como o “estudo de aspectos do trabalho e sua relação com o conforto e bem estar do trabalhador”. Em geral, a ergonomia se propõe a tratar de fatores do trabalho como posturas, movimentos, ritmo de atividade bem como o seu conteúdo, no que concerne aspecto físico e mental.

Porém cabe lembrar que o combate a DORT deve começar por uma avaliação ergonômica abrangente e completa, que não se limite à busca por quinas vivas no mobiliário. Deve verificar também fatores organizacionais que na verdade estão diretamente relacionados com todas os aspectos físicos e não físicos identificados no ambiente de trabalho, e em alguns casos, até mesmo fora deles, como o trabalho doméstico, conforme tratamos anteriormente.

Segundo Maciel in Codo (1995), a intervenção ergonômica deverá então contemplar basicamente:

1. Postura: as posturas prolongadas implicam em risco, sobretudo em trabalhos sedentários, onde observamos pouca amplitude de movimento.

Todavia, em trabalhos mais dinâmicos que requerem posturas extremas (como hiperextensão e hiperflexão de membros, ou mesmo rotação de tronco) também ocorre o risco de lesões.

Considera-se assim que o melhor posicionamento dos membros se constitui nas posturas neutras, onde ocorre uma menor tensão ligamentar e tendínea.

As posturas durante o trabalho são determinadas e influenciadas por fatores ocupacionais e individuais como altura de mesa ou bancada, formato, encosto e altura da cadeira (mesa e cadeira devem estabelecer um conjunto harmonioso), alcance funcional dos equipamentos, formato e tamanho dos dispositivos em uso durante o trabalho, bem como as dimensões do próprio trabalhador (Maciel in Codo, 1995).

Observamos aqui que o estudo acerca do alcance funcional de equipamentos e das mensurações corporais do indivíduo são denominadas respectivamente de antropometria dinâmica e estática, e que ambas se associam para constituir a biomecânica funcional.

2. Movimento e Força: é certo que a força e a repetitividade estão diretamente relacionadas ao surgimento de DORT, porém o ritmo imposto também implica em risco, sobretudo quando há pouca amplitude de movimentos, mesmo que a força necessária à execução da tarefa seja moderada. Também o choque mecânico localizado, quando freqüente, pode determinar lesões da mesma forma (ex: utilização do punho para pressão, ou como martelo para fixar peças) (Maciel in Codo, 1995).

Durante os movimentos a força executada pode ocasionar lesões, como no caso de levantamento e transporte de cargas, ou mesmo ferramentas

pesadas. Fortes resistências à execução da tarefa, como cortes de objetos muito duros, também podem implicar no mesmo risco (Maciel in Codo).

Há que se considerar que EPI (Equipamento de Proteção Individual) como luvas, capacetes, botas em tamanho, material e/ou formato inadequados ao uso aumentam o esforço do trabalhador para a execução da tarefa e elevam os riscos de erros e acidentes de trabalho. É freqüente ouvirmos que em detrimento de todo esforço das chefias, os funcionários não colaboraram com o uso dos equipamentos fornecidos pela empresa. Não raro este comportamento é motivado pela redução da produtividade com o uso desse equipamento. Trata-se de um dilema para o funcionário: ele tem consciência da importância dos EPI, porém a pressão por produtividade permanece e é prejudicada justamente pelo uso do material. O que fazer então?

Outros fatores agravantes do risco associado à força são representados pela vibração e as baixas temperaturas. A vibração se constitui num movimento periódico ao redor de um eixo num determinado período de tempo. Ela está presente no uso de brocas, furadeiras, parafusadeiras e este fator pode levar a lesões músculo-esqueléticas e nervosas, transitórias ou definitivas, sobretudo nos membros superiores. Não raro a vibração ocorre acompanhada de ruídos de alta intensidade que também podem ocasionar danos auditivos permanentes. Nesses casos, onde estes fatores físicos são inevitáveis, recomenda-se como intervenção ergonômica, a redução da fonte de vibração ou mesmo ruído, o uso de EPI como luvas de material amortecedor e fones de ouvido, além da instituição de pausas periódicas, com a finalidade de recuperação orgânica.

As baixas temperaturas se constituem também em fator de risco, sobretudo quando associadas a movimentos e força. Ocorre uma diminuição da circulação local, que por si só já implica em perigo para lesões. Isto acontece em trabalhos que devem ocorrer sob refrigeração, como por exemplo, a manipulação de carnes numa câmara frigorífica, ou seja, a baixa temperatura é inerente ao ato profissional. Nesses casos também é recomendado o uso de EPI (luvas, botas, casacos, gorros de material isolante térmico) além de pausas periódicas.

3. Conteúdo do trabalho e fatores psicológicos: fatores organizacionais e psicológicos exercem uma forte influência na relação estreita já existente entre trabalho e saúde. O conteúdo mental das tarefas, a baixa autonomia do trabalhador, pressão da chefia por produtividade, comunicação comprometida entre funcionários e chefia também implicam em risco de lesões ocupacionais (Maciel in Codo, 1995).

Ocorre, porém, que esses fatores são de difícil mensuração, pois tratam-se de questões subjetivas, sujeitas à interpretação freqüentemente distinta de empregadores e funcionários, e até mesmo de pesquisadores. Para estes estudos em geral são utilizados os recursos de observação do local de trabalho com a associação de entrevistas, questionários e *check lists* variados. De qualquer forma, qualquer mensuração de estresse e sua possível ligação com doenças laborais é complexa, pois mesmo diante dos mesmos estímulos diferentes pessoas podem responder de formas distintas. Até mesmo uma mesma pessoa pode responder a estímulos semelhantes, em diferentes momentos, de maneira variada.

4. Características Individuais: a constituição física do trabalhador também parece ter uma influência direta na susceptibilidade e ocorrência de lesões, bem como a distribuição e a carga de trabalho atribuída (Maciel in Codo, 1995).

Lembramos aqui a constituição física mais frágil da mulher para determinadas tarefas (sobretudo aquelas ligadas ao uso da força), o que a torna mais vulnerável ao desenvolvimento de lesões, além da sua história de vida e laboral, onde podemos encontrar doenças prévias e fatores de risco em empregos e funções exercidas anteriormente.

Conforme dissemos, a intervenção ergonômica deve começar por uma análise minuciosa do ambiente de trabalho em seus aspectos físicos e organizacionais, assim como uma investigação dos possíveis fatores de risco para DORT entre funcionários e chefias. Importante também é ter acesso aos dados do setor de medicina do trabalho da empresa, se houver, e aos dados do departamento pessoal, como tempo de admissão do funcionário. Embora os dados obtidos possam ser pouco precisos (nem todas as empresas são cuidadosas em relação a esses itens), eles serão parte importante para a eleição das estratégias de intervenção. Podem ser utilizados, conforme já relatamos, questionários e entrevistas entre funcionários e chefias.

A análise da atividade implica no conhecimento do pesquisador acerca do conteúdo da tarefa que vai investigar. Ele deverá conhecer o processo de produção e poderá também registrar e documentar suas observações através da captação de imagens (fotos, filmagens) para corroborar suas observações. O pesquisador, no entanto, deverá ter o cuidado de não

atrapalhar o andamento dos trabalhos durante a execução de seu estudo. Pode se valer de listas de checagem (“*check lists*”) de acordo com o aspecto que deseja pesquisar, que podem ser de natureza quantitativa ou qualitativa.

Em seguida o pesquisador ou ergonomista deverá identificar através desses instrumentos os fatores de risco para lesões e propor uma intervenção preferencialmente factível.

Alguns fatores como posturas corporais inadequadas são de mais fácil observação, porém fatores como conteúdo mental são bem mais difíceis de se identificar e interferir.

É importante lembrar que as chefias e os funcionários acima de tudo devem ter suas sugestões e propostas de intervenção altamente consideradas, uma vez que são parte muito interessada na melhora do setor e detém o conhecimento do histórico e dos hábitos empresariais. Certamente uma intervenção concebida de maneira conjunta com os funcionários tem maiores chances de sucesso, pois além dos motivos apresentados, esta medida elevará a auto-estima dos trabalhadores, que se sentirão ouvidos, acolhidos, prestigiados e valorizados e efetivamente parte integrante da empresa.

DORT E FATORES NÃO FÍSICOS

Poucas pesquisas sobre fatores não físicos que pudessem levar ao surgimento de DORT foram encontradas. Ylipaa e col (1999) investigaram a relação entre os diferentes fatores físicos e psicossociais associados ao trabalho e a saúde em geral, a sensação de bem estar e as disfunções músculo-esqueléticas em dentistas (“*dental hygienists*”). Utilizaram-se de um questionário enviado a 575 dentistas da Associação Sueca (de dentistas), selecionados aleatoriamente, e que foi respondido por 86% deles. Os resultados mostraram que há uma correlação direta entre o lazer, o autogerenciamento (autonomia?) e as vantagens de uma boa saúde geral. Em contrapartida, o trabalho e a sobrecarga familiar apresentaram um efeito contrário. Conforme esperado, com o aumento da carga de trabalho aumentavam as queixas de dores músculo-esqueléticas nos membros superiores e na região apical do corpo enquanto que o lazer reduzia esta sintomatologia. Quanto maior o tempo de atividade profissional, maior a intensidade das dores, sobretudo nos dedos das mãos. Concluiu-se então, que o lazer “ativo” e vários fatores culturais do trabalho podem influenciar fortemente a saúde em geral e o bem estar, e que tarefas físicas exercem mais influência sobre as desordens músculo-esqueléticas do que o lazer e os fatores culturais do trabalho, como os hábitos e tradições informais observados no dia a dia das empresas.

MacDonald e col (2001) também utilizaram questionários em 410 trabalhadores de uma fábrica de produção em série, para investigar fatores psicossociais estressantes presentes no ambiente de trabalho. Em

trabalhadores situados tanto na base quanto no topo do organograma houve correlação entre fatores físicos e psicossociais como a repetitividade e o controle do trabalho, demonstrando a íntima relação entre a estrutura e a administração da empresa. Sugere ainda que, *estudos* futuros sobre os determinantes da organização do trabalho, de fatores estressantes da tarefa e a sua ocorrência em trabalhos muito especializados, poderão permitir a identificação de riscos para distúrbios músculo-esqueléticos para estratégias preventivas efetivas.

Percebemos, pois, que a DORT não se restringe a trabalhadores braçais, situados na “base da pirâmide” social ou do organograma das empresas. Atinge profissionais universitários, liberais, com autonomia supostamente maior sobre suas tarefas, que seus colegas em geral de mais baixa escolaridade e remuneração.

Adam e Herzlich (2001) pontuam a capacidade de enfrentar situações como determinante para a promoção da saúde: indivíduos com “*locus of control*” interno, ou seja, que sentem ter controle sobre sua vida e serem responsáveis pelo que ocorre nela, são em geral menos ansiosos, com menor probabilidade de apresentarem hipertensão ou doenças cardíacas. Também a capacidade de lidar com as situações “estressogênicas” será fundamental neste processo. Na verdade estas características de personalidade estão inseridas num contexto social maior, pois estão diretamente relacionadas ao nível de autonomia ligada ao posicionamento social do indivíduo. Esta posição social mobiliza então, recursos sociais significativos em maior ou menor grau.

Em geral, associamos todas as formas de arte a beleza, bem estar, cultura, divertimento e relaxamento, porém, mesmo entre artistas, como os

músicos, a DORT pode estar presente. Estes profissionais também estão submetidos a fatores de risco como movimentos repetitivos, posturas inadequadas e estresse, sendo os músicos de orquestra os mais afetados. Os sintomas, que variam freqüentemente entre leve desconforto e dores contínuas, podem inabilitar o músico e afastá-lo temporária ou definitivamente de suas funções, inclusive com repercussões em sua vida doméstica. Num estudo transversal com 45 músicos da Orquestra Sinfônica da Universidade Estadual de Londrina (OSUEL) foi utilizado um questionário auto-aplicável que abordava os seguintes aspectos: dados pessoais, atividades profissionais e sintomatologia. Observou-se então que há um claro predomínio masculino, com uma média etária de 40 anos (39,56 com desvio padrão de 9,81). Os profissionais se referiram a instrumentos bastante variados como sopro, metal, corda, percussão e teclado, trabalhando em média 32 (31,85) horas semanais e o tempo de atuação na orquestra variou em torno de 12 anos. A maioria relatou algum tipo de sintoma músculo esquelético ligado à atividade laboral no último ano e mesmo na última semana de trabalho sendo as regiões mais acometidas o ombro, coluna cervical, e coluna dorsal. Estes dados corroboram a literatura a respeito. Os músicos, além da carga física, tem que lidar com cargas emocionais como interpretar diante do público, críticos, regentes, e a autocobrança de perfeição. Para atingir a excelência em seu desempenho, o profissional dedica-se rotineiramente a treinos diários individuais (por vezes em isolamento total) e também com seus colegas (ensaios). Esta rotina, associada a viagens e a apresentações em finais de semana pode prejudicar seriamente a vida social e familiar do músico, potencializando seu estresse. Este quadro torna o músico especialmente vulnerável ao desenvolvimento de DORT (Trelha e col, 2004).

A intensidade da carga de trabalho, a monotonia, o controle limitado sobre a própria atividade, o serviço de baixa qualificação e o baixo suporte social estão relacionados a DORT (NIOSH, 1997). Estes fatores não estão relacionados a uma sobrecarga física, mas os seus efeitos têm sido associados a desordens músculo-esqueléticas, até mesmo depois da realização de reajustes físicos, o que sugere que essas disfunções podem ser parcial ou totalmente independentes de fatores físicos. Estas alterações também não estão limitadas a algum tipo particular de trabalho (como em terminais de vídeo ou escritórios), mas parecem ser determinadas por uma grande variedade de situações laborais, o que sugere que aspectos psicossociais (ou culturais) possam ser fatores de risco para DORT. (NIOSH, 1997).

As dificuldades para determinar a importância relativa dos fatores físicos e psicossociais são:

1. Fatores psicossociais: são em geral medidos individualmente, enquanto que fatores físicos como o trabalho em si, são frequentemente medidos em grupo por métodos objetivos e de precisão, de eficácia limitada.
2. Análises objetivas de particularidades do ambiente psicossocial do trabalho: são difíceis de se desenvolver e raramente são usadas, enquanto que métodos para avaliar o ambiente físico são de análise mais objetiva (NIOSH, 1997).
3. A dificuldade para definir Psicossocial: o que pode ser considerado psicológico ou cultural?

Como se vê a questão é mais complexa do que possa parecer. Se a problemática da dor já se mostrava difícil, a determinação da importância de fatores de ordem diversa torna-se quase uma barreira.

Um bom começo para desvendar a raiz das nossas dificuldades é pensar na diferença entre sinais e sintomas. Os primeiros podem ser medidos, visualizados, em uma palavra, objetivados; os sintomas, por outro lado, correspondem às queixas referidas pelos “pacientes”.

Para transformar sintomas em sinais, os profissionais utilizam os mais variados recursos e nessa ação a interpretação do profissional, a sua leitura dos sintomas ou a sua capacidade de construir ou usar instrumentos capazes de lhe dar respostas são fundamentais.

No caso da Fisioterapia (que é o que nos interessa aqui) são usados questionários, escalas visuais, etc. e são valorizados os relatos que possam ser respaldados por sinais indiretos e sugestivos de dor (sofrimento, desconforto): palidez, taquicardia, estado de depreciação (supostamente) causada por inapetência em virtude da dificuldade de movimentos e também se pode valorizar o relato de parentes ou acompanhantes, bem como as repercussões funcionais e laborais dos sintomas.

Na docência, costumo lembrar aos alunos - futuros profissionais da área - que mesmo na impossibilidade de comprovação do sintoma (“gastura”, desconforto, “queimação”, dor) ele não deve ser descartado. O “paciente” deve ser considerado naquilo que manifesta.

Como diz Byron Good (1990) em relação à medicina, não estamos diante de ciência (e muito menos de ciência exata), mas de uma atividade, de uma

arte, que se apóia em várias ciências; e nesta atividade o profissional está também sujeito às representações do seu próprio grupo social-cultural.

Helman (2006) mostra, aliás, a variação cultural do sentido e do sentimento atribuído à dor.

A última dificuldade que elencamos acima, também evoca lógicas de aproximação diversas. Podemos considerar que os “fatores lógicos” se referem a pessoas, a indivíduos; o termo psicológico também já contém uma interpretação; quase tudo que não for “objetivável” leva o rótulo de psicológico ou emocional.

Quando criamos a categoria psicossocial já estamos estabelecendo um elo entre duas dimensões: uma coletiva e outra individual; é colocar mais uma dimensão coletiva. Pode-se dizer que a cultura é *locus* onde radica a psique. Seria adequado falar em psico-sócio-cultural. Podemos então supor que o modo de externar o sofrimento (ou outro sentimento) e o sentido que ele se atribui tem uma dimensão social e cultural, além da pessoal.

Estas são, entretanto, colocações teóricas, a questão é como lidar na prática com mais essa complexa ligação.

FATORES DE RISCO PARA DORT

Lima in Lima (1997) enumera fatores de risco para DORT, como desprazer dentro e fora do trabalho, estresse, “busca inconsciente de benefícios sociais e ganhos secundários”, atitude negativa em relação à vida, atividades domésticas e/ou de lazer que sobrecarreguem os membros superiores, estilo de vida, entre outros...

Enquanto os locais de trabalho e as variáveis individuais não forem comparáveis com técnicas mais objetivas, será difícil determinar sua importância (NIOSH, 1997). Porém não basta que o trabalhador/indivíduo saiba de suas características de personalidade, dos fatos que o levam a agir dessa maneira, a “contrair” a doença, se ele não contar com condições dignas de trabalho (Almeida in Codo, 1995). “Ele pode começar a lidar com o trabalho e com tudo o que o cerca, a mudar suas relações interpessoais - inclusive atuando nos seus problemas particulares, onde tem maiores possibilidades de realizar as mudanças necessárias. Com relação ao ambiente de trabalho, entretanto, ele depende de uma infra-estrutura que o ajude a solucionar o problema”. Da mesma forma, inúmeros estudos têm demonstrado a grande heterogeneidade de fatores de risco, com maior ênfase para os instrumentos de trabalho e os fatores administrativos. Se o trabalho propicia o surgimento de DORT, as características individuais do homem, a seu modo, também são de extrema importância neste processo. (Almeida in Codo, 1995).

Percebemos também que independentemente das especificidades de cada profissão estudada, existem fatores em comum, certamente decisivos no

desenvolvimento da disfunção: ritmos intensos de trabalho, exigências excessivas em relação à produtividade, jornadas intensas ou mesmo horas extras impostas, insuficiência de pausas, pressões da chefia, repetitividade e monotonia de tarefas, más condições ergonômicas e/ou ambientais, organização rígida do trabalho com perda de autonomia dos trabalhadores (Lima, 1997).

Todos os fatores apontados nos estudos acima citados (de Niosh e de Almeida), se referem apenas às questões ligadas ao trabalho formal (ambiente, ritmo, condições, etc.). Em resumo, são pesquisas que privilegiam o uso do corpo, a dimensão física. As pesquisas que centram o olhar no trabalho feminino nos dão alguns elementos a mais, como sobrecarga de responsabilidades de qualidade diversa, isto é, vindas do mundo do trabalho e do mundo das relações familiares.

DORT E O TRABALHO DOMICILIAR

Assim fatores que colaboram para que as mulheres sejam preferencialmente acometidas por DORT são além da precariedade mais freqüente de seus empregos, com contratos de curta duração, os trabalhos em tempo parcial ou mesmo em domicílio. Há uma concentração de mão de obra feminina onde predomina o trabalho instável, pouco qualificado e mal remunerado (Carloto, 2000). Outro fator a ser considerado no universo feminino é o trabalho doméstico. Este costuma ser ignorado como trabalho e mesmo como fator de adoecimento. As tarefas domésticas, porém, não se restringem a cozinhar, limpar, lavar, passar... Outras tarefas de extrema importância social também são reservadas preferencialmente às mulheres: os cuidados com crianças, enfermos, bem como a representação da família em instituições como escolas e igrejas. A mulher trabalhadora isto é, com emprego remunerado, tem então que conciliar estas e as demais atribuições com seu trabalho. Esta condição tem que ser considerada no entendimento da gênese das suas doenças e de seu padecimento, no entanto, existem também inúmeros casos de mulheres com doença laboral que não realizam trabalho doméstico. Ou seja, a dupla jornada contribui para a situação de sobrecarga e agrava a doença, contudo o fator determinante ainda são as condições do trabalho, seja ele externo ou doméstico, formal ou informal (Carloto, 2000).

O reconhecimento das condições específicas das atividades femininas, porém pode ser complicado. Muitas vezes a situação de dupla jornada é utilizada para descaracterizar o nexos causal entre a DORT e o trabalho. Considera-se assim que o “trabalho doméstico” não é trabalho e que não

envolve riscos. Some-se aí o fato de muitos considerarem que a trabalhadora adoentada faz “corpo mole”, “quer encostar-se na Caixa (Previdência)”, ou é dada a “chiliques” (Carloto, 2000).

A DIFICULDADE PARA TRATAR A DORT

Enfim, pode-se concluir que DORT não se trata de uma doença psicossomática, embora haja evidências do envolvimento de fatores emocionais. A organização do trabalho realizado tem um enorme peso neste contexto, porém a causa de DORT é multifatorial (Martins, 1998). Almeida (in Codo, 1995) reforça a necessidade de uma abordagem “tridimensional” do paciente: doença, trabalho e trabalhador, com diagnósticos clínico, psicológico e organizacional para que os DORT possam ser entendidos de forma mais adequada. Deste modo, a abordagem do doente deverá ser baseada num trabalho de uma equipe multiprofissional.

Muitas empresas não têm interesse em reconhecer ou mesmo modificar sua forma de organizar o trabalho, sobretudo em relação à diminuição e intensidade dos ritmos ou mesmo contratar novos funcionários para diminuir a sobrecarga dos demais. Não raro, ao levar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que é fornecida pelo médico do trabalho, a funcionária se vê obrigada pela empresa a tirar férias podendo mesmo ser demitida. Por medo de perder o emprego, escondem o documento, voltam a trabalhar e suportam suas dores até o limite (Carloto, 2000).

Os pacientes com DORT em geral ficam bastante fragilizados ao tomar conhecimento desse diagnóstico. Muitos são jovens, no auge de sua capacidade produtiva, que se vêem impedidos de realizar mesmo as tarefas cotidianas mais simples. Convivem com dores constantes, com a eficiência

limitada dos tratamentos e também com a desconfiança freqüente por parte de seus pares, familiares, peritos, psicólogos, médicos, em relação à veracidade de sua doença. Some-se a isso, o fato do trabalhador lesionado, passar a ter dificuldades concretas para conseguir outro emprego, já que tem em sua carteira de trabalho a anotação clara da existência de DORT. Fica estigmatizado. Este cenário certamente justifica o quadro depressivo que os acompanha (Araújo in Lima, 1995). Lembramos que muitas trabalhadoras, especialmente estas, com contratos temporários de trabalho (freqüente em serviços terceirizados), tem ainda mais dificuldade para comprovar o nexo causal de sua enfermidade, além de, por não apresentarem carteira de trabalho assinada, não terem direito aos benefícios previdenciários (Carloto, 2000).

DORT E ASSERTIVIDADE

Dada a complexidade do problema e a imbricação de fatores, nossa intenção é indagar sobre um ângulo específico: o da assertividade (vide página 56). A literatura fala a respeito de desordens músculo-esqueléticas e sua relação com fatores psicossociais, porém a assertividade não é analisada isoladamente.

Almeida (in Codo, 1995) fala da dificuldade da classe patronal em lidar de modo assertivo em relação a DORT, devido à necessidade de lidar com várias questões como sindicatos e centrais sindicais (como CUT, CGT...) e do envolvimento com o funcionário que necessita de um tratamento mais adequado, além das repercussões, entre os outros empregados, no ambiente de trabalho devido às características da doença e os afastamentos causados por ela.

Curiosamente, Almeida (in Codo, 1995) relatava “... já tive oportunidade de ver digitadores que vêm exercendo esta função/atividade por vários anos, e que não são portadores de LER. Nunca tiveram sequer uma “tenovitezinha” ... Enquanto outros, após dois meses de digitação, acabam sentindo as dores que induzem ao diagnóstico de LER, passando por uma via sacra que geralmente finda em cirurgias. E o pior de tudo: sem o devido sucesso. E o que faz esta diferença?”. Relatava também a presença freqüente de algumas características entre os trabalhadores doentes: o perfeccionismo; a preocupação constante com a produtividade, buscando sempre a maior quantidade com a melhor qualidade; a não admissão das falhas; a necessidade de ocultar algum possível erro do passado e a

insatisfação pessoal. Outra constante entre esses profissionais é a não admissão do sentimento de impotência que acontece quando são acometidos pela doença.

Ghislene e Merlo (2005) confirmam esta observação: a princípio as trabalhadoras ficavam tensas somente em seu local de trabalho, na busca de maior produtividade. Por este motivo, não podiam parar, tinham que alcançar as metas esperadas, administrando a pressão das chefias. O medo da demissão bem como o estado de prontidão sempre foi constante. Isto então passou a exigir da musculatura um tensionamento ininterrupto. Mesmo fora do trabalho, a manutenção da casa e o cuidado com a prole perpetuavam este estado tensional. O efeito cumulativo deste comportamento fazia com que as trabalhadoras passassem de do estado de *estarem tensas* para *serem tensas*.

A personalidade do trabalhador é uma variável que tem recebido considerável atenção, particularmente em estudos que a correlacionam com a vigilância, sugerindo que sob o aspecto introversão-extroversão, o desempenho do introvertido é levemente melhor que o do extrovertido. Sob o aspecto - no lugar de controle (*“locus of control”*)- (Sanders e col. 1976 *in* Osborne, 1998), pessoas com baixos escores (que internalizam mais a sua visão do mundo) tendem a cometer menos erros em tarefas realizadas sob vigilância, que os extrovertidos. Existem, entretanto, poucos estudos que analisam a relação entre tipos de personalidade e o controle de qualidade ou de tarefas sob inspeção. Nas pesquisas de Wolke e DuCette (1974) foi usada uma prova de leitura e uma avaliação do local de controle dos estudos (*“subjects locus of control”*). Da mesma forma que nos estudos de vigilância, os introvertidos apresentavam um melhor desempenho em ambas as versões da tarefa. Posteriormente, Eskeu e Riche (1982)

demonstraram que esta superioridade deve-se ao fato dos introvertidos utilizarem critérios mais apropriados para tomar a sua decisão e valorizarem menos os falsos alertas (Oborne, 1998).

ALGUNS SIGNIFICADOS DA DOENÇA

Somados a esses fatores encontramos as diferentes conotações que a doença assume para cada pessoa.

A experiência da doença é certamente universal, no entanto ela é mediada por fatores sócio-culturais (de) onde ocorre. A princípio qualquer doença parece restringir-se a fatores biológicos (realidade orgânica?), onde “saúde” é considerada a normalidade e “doença”, a anormalidade. Trata-se então de um julgamento de valores: “... A doença e a saúde definem-se, portanto em função das exigências e das expectativas ligadas ao nosso ambiente, às nossas inserções e nossas relações, familiares e profissionais, por exemplo e constituem em sentido próprio, estados sociais” (Adam e Herzlich, 2001).

Muitas vezes observamos que o princípio da autonomia do trabalhador é estimulado, porém dentro dos limites impostos pela chefia a quem cabem as decisões políticas e econômicas. Como consequência, ocorre uma identificação forte, e não raro artificial do empregado com a sua função bem como com as regras e ideologia da empresa, anulando desta forma sua personalidade (Araújo in Lima, 1995).

A identidade de trabalhador está intimamente relacionada ao reconhecimento pessoal. Trata-se de uma forma de pertencimento a uma comunidade ou grupo social. Neste sentido é compreensível que, socialmente, a DORT seja aceita como explicação para que o indivíduo não esteja trabalhando, preservando assim sua identidade de trabalhador e mantendo intactos os atributos morais associados ao trabalho, como fortaleza, bravura e atividade. O termo “trabalhador” costuma também se identificar com conceitos de dedicação e honestidade. Muitos buscam no trabalho o reconhecimento e valorização como motivação, ressentindo-se então por não conseguirem retornar aos seus postos por estarem adoentados. Sentem-se traídos por dedicarem-se por tanto tempo às atividades laborais, com baixos salários, más condições de trabalho, sem receber o respeito desejado como indivíduos ou como profissionais (Ghislene e Marlo, 2005).

O desejado reconhecimento dos trabalhadores consiste então em, além de respeito, ambiente de trabalho adequado, direito a pausas, diminuição da pressão pela produtividade e valorização de suas funções (Ghislene e Marlo, 2005).

Certamente, além do aspecto concreto das tarefas executadas, da organização e condições do trabalho, o indivíduo será influenciado pelas relações entre vida profissional e privada, plano de carreira, salário, expectativas de realização profissional e pessoal. A todo este quadro soma-se a ansiedade coletiva diante deste distúrbio, que alguns consideram, de acordo com o tipo de trabalho realizado, como um destino inevitável (Araújo in Lima, 1995).

Outro aspecto perverso na gênese da DORT é a auto aceleração do trabalho: uma pressão temporal sobre o trabalhador realizada pela chefia ou por si mesmos, em competição com colegas ou consigo próprio (Araújo in Lima, 1995). Outro fator que parece contribuir para a aceleração das tarefas é a irritabilidade e ansiedade acarretada por tarefas de conteúdo empobrecido. Porém não há consenso entre os autores, uma vez que o comportamento de auto-aceleração pode ser observado também entre trabalhadores que apreciam seu trabalho e realizam suas tarefas com prazer (Lima in Lima, 1995).

Este comportamento em que o trabalhador passa a identificar-se de maneira tão intensa com seu trabalho, faz com que mantenham este comportamento de autoexigência mesmo quando se encontram adoecidos e desejando continuar ou retornar ao trabalho o mais breve possível. Trata-se da “produção de subjetividade capitalística”, que determina os modos de existência que favorecem o sistema produtivo intensivo (Ghislene e Marlo, 2005).

Lima (in Lima, 1995) pondera, porém, que a relação inevitável entre a pressão da chefia e DORT, pode ser questionada: há chefes que não transferem aos subordinados as pressões que recebem de seus superiores hierárquicos e mesmo trabalhadores que questionavam as exigências das chefias por julgarem-nas excessivas. Evidencia-se assim que, mesmo em situações de trabalho aparentemente incontornáveis, o trabalhador pode lançar mão de estratégias para diminuir seu desgaste ao mesmo tempo em que mantém seu desempenho laboral adequado. Contudo nem todos os trabalhadores conseguem encontrar caminhos para a autopreservação e acabam por adoecer.

Conforme exposto, a doença laboral deve ser compreendida sob uma ótica de integralidade, uma vez que a disfunção não é causada unicamente por fatores biológicos individuais, mas também contextualizado e mediado “segundo as práticas sociais organizadas a partir de uma divisão social e sexual do trabalho, dentro de uma dada organização do mundo do trabalho” (Carloto, 2000 pag 154). Cada doença tem uma história e cada época tem as suas doenças, sendo dessa forma vivenciadas de maneiras diversas em função do momento em que ocorrem (Adam e Herzlich, 2001).

Ghislene e Marlo (2005) referem-se a DORT como uma doença causada por hipersolicitação. Num estudo com pacientes do Ambulatório de Doença do Trabalho do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, os autores analisaram trabalhadores com esta patologia, sendo que 80% pertenciam ao sexo feminino. Estes pacientes apontaram em entrevistas semi-estruturadas, os fatores organizacionais como as principais causas para a doença. Devido à falta de autonomia para gerenciarem suas atividades, são obrigados a realizar horas extras, estendendo assim a jornada de trabalho, exercem atividades repetitivas em ritmos de produção elevados, trabalham em locais sem dispositivos que facilitem a produção, permanecem em ambientes com iluminação ou temperatura inadequadas, realizam esforços excessivos, permanecem por longos períodos em posturas inadequadas, sofrem o acúmulo de funções que exploram suas habilidades e dedicam-se de maneira abusiva às tarefas em prol de reconhecimento. Os trabalhadores tornam-se dóceis, moldados transformando-se em força útil e “...ao mesmo tempo, corpos flexíveis, maleáveis, capazes de adaptar-se a qualquer situação imposta, mesmo que a adaptação exija um adoecimento”.

Devido à cronicidade inerente ao quadro de DORT, os pacientes tem grande dificuldade para recuperar-se. Outro fator que contribui para esta

dificuldade é a lembrança constante das situações traumáticas vivenciadas. Portanto, a eles não basta o tratamento de suas dores físicas, faz-se necessário esquecer estas vivências emocionais. Quando tentam realizar uma tarefa laboral ou não e não conseguem, ficam susceptíveis a um quadro depressivo e de tensionamento muscular, que conseqüentemente agravam suas dores. Este tensionamento aparentemente se constitui numa memória corporal destes trabalhadores, sendo reforçado a cada frustração (Ghislene e Marlo, 2005).

Diante desse complexo quadro, certamente o comportamento assertivo pode ser um agente poderoso e efetivo a favor da saúde do trabalhador e desta forma se constituir numa ferramenta importante para a prevenção da DORT.

Haveria assim, algum comportamento que fosse comum entre os trabalhadores acometidos pelo distúrbio? Seria este comportamento passível de modificação? Esta mudança comportamental permitiria reduzir a incidência de DORT? Existiria alguma correlação entre o acometimento de DORT e o comportamento assertivo? E em relação à qualidade de vida? Quais os fatores sócio-culturais envolvidos?

EPIDEMIOLOGIA

É interessante notar que os dados epidemiológicos sobre DORT são praticamente inexistentes, Como apontamos, próprio sistema nacional de informação do SUS (Sistema Único de Saúde) ainda não inclui acidentes de trabalho ou mesmo DORT, desta forma impossibilitando a existência de dados epidemiológicos. Só se dispõem, portanto, de dados da Previdência Social, ou seja, os que se referem a trabalhadores do mercado formal, contratados pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que representam menos da metade da população economicamente ativa. Como dissemos repetidas vezes, o não reconhecimento da DORT como uma doença, dificulta diagnósticos e leva à sub-avaliação do problema, o qual, entretanto, segundo os dados que conseguimos encontrar, se mostra bastante grave.

Os dados do ambulatório de DORT do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo mostram que de março de 1993 a dezembro de 1998, “91% dos pacientes atendidos eram do sexo feminino e a média de idade era de 38,5 anos”. Ao mesmo tempo no Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social de Belo Horizonte (NUSAT), mais de 70% dos casos registrados de DORT eram em mulheres entre os 30 e 39 anos de idade. “No Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CEREST/SP), mostram que em uma amostra de 620 pacientes atendidos entre 1990 e 1995, 87% eram mulheres, predominante da faixa etária entre 26 a 35 anos”. A Prefeitura do Município de São Paulo também criou o Centro de Referência de Saúde do

Trabalhador (CRST), que realizava (pois hoje não oferece mais tratamento médico, apenas perícias médicas) atividades de vigilância epidemiológica (com visitas de inspeção aos locais de trabalho e levantamento das doenças ocupacionais), prevenção de doenças e acidentes de trabalho com programas de orientação relacionados a acidentes de trabalho e a ambientes insalubres, e de assistência médica, através de uma equipe multiprofissional composta por médico do trabalho, ortopedista, pneumologista, dermatologista, neurologista, acupunturista, homeopata, otorrinolaringologista, psicólogo, psiquiatra, oftalmologista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e equipe de enfermagem. Desta forma o trabalhador recebia toda a assistência específica da saúde, mas também do ponto de vista burocrático, como a emissão do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), bem como laudos e verificação denexo causal (Chagas e Juang, 2004).

Em 2001, numa pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Datafolha junto ao Instituto Nacional de Prevenção a LER/DORT (PREVLER), na cidade de São Paulo, foi feita uma avaliação da dimensão do acometimento da doença e prováveis doentes em potencial. A pesquisa ouviu 1.072 trabalhadores com mais de 16 anos, de todos os ramos de trabalho, tendo analisado o conjunto da cidade, o sexo, a idade, a renda e a escolaridade dos entrevistados, e apresenta três pontos percentuais de margem de erro. Essa pesquisa mostrou que do total de entrevistados, 88% já relataram ter tido algum dos sintomas relacionados a DORT; destes, somente 47% procuraram ajuda médica, dos quais apenas 14% receberam o diagnóstico conclusivo para a doença. Projetando os dados encontrados ao total de trabalhadores dos setores da indústria, do comércio, de serviços e da construção civil no município de São Paulo, o número de vítimas

chegaria a cerca de 310 mil, ou seja, 4% de todos os trabalhadores paulistanos maiores de 16 anos e 6% de todos os trabalhadores da cidade.

Estes números estão muito acima dos 19 mil casos de doenças ocupacionais registrados pelo Ministério da Previdência Social no ano de 2000. A referida pesquisa aponta outro contingente de 4,7 milhões de trabalhadores já relatou algum sintoma relacionado com essa doença. E, pelo menos outros 508 mil trabalham em situações de risco, tornando-se vítimas em potencial para DORT. (Folha de São Paulo 07/10/2001). Nessa pesquisa, 53% dos entrevistados que apresentavam algum sintoma sugestivo de DORT, não procuraram o médico e desses, 66% nem informaram seu chefe ou superior imediato a respeito do problema apresentado. Na justificativa, 37% alegaram “não serem sintomas graves”, 12% disseram que seus sintomas “não eram freqüentes” e 17% afirmaram “não ter tempo para procurar assistência médica”.

Na avaliação desses dados, deve-se levar em conta o grande temor de perder o emprego e o fato de muitas pessoas ainda desconhecerem a doença, provocando uma sub notificação. Este último fator ocorre principalmente com trabalhadores de menor salário e escolaridade, como os operários da construção civil, que são os que menos procuram o médico e por isso registram menor incidência de DORT. Porém, quando indagados acerca dos sintomas relacionados à doença, estes foram os trabalhadores que mais relataram queixas e que trabalham em condições mais precárias. Ainda segundo aquela pesquisa, 508 mil trabalhadores paulistanos, ou seja, 10% dos que não têm o diagnóstico de DORT, correm alto risco de desenvolver a doença, pois aproximadamente 76% deles realizam tarefas com movimentos repetitivos, 62% fazem sempre o mesmo tipo de serviço, 62% trabalham sem descanso e 49% realizam tarefas que exigem

importante força física, totalizando 52% de trabalhadores que fazem muito esforço físico com movimentos de repetição durante a jornada de trabalho. A existência de três ou quatro desses fatores torna o trabalhador de alto risco para desenvolvimento de DORT. Entre os que não têm diagnóstico da doença, 19% sofrem alto grau de pressão no trabalho e 12% relatam um grau elevado de estresse. Essas condições desfavoráveis, dentro de um ambiente físico inadequado, causam maior risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais. (Folha de São Paulo, 07/10/2001). De acordo com José Pastore da USP, por ano, os empresários gastam cerca de R\$ 12,5 bilhões enquanto que o Governo gasta R\$ 20 bilhões com acidentes e doenças relacionados ao trabalho, sendo que destas, DORT é a de maior prevalência.

Geremias (2002), no seu estudo com trabalhadores de uma fábrica de componentes para refrigeração de Joinville (Santa Catarina), também verificou a existência de uma relação direta entre o aumento da incidência de DORT e a elevação da faixa etária. Aqui há outro risco de distorção ou de sub-avaliação do papel de questões laborais na DORT: facilmente pode-se atribuir à idade o surgimento da doença, sem considerar que os mais velhos sofreram os agravos durante um tempo maior. A explicação pelo fator idade, pode esconder, ou deixar em segundo plano, as condições de e do trabalho.

ASSERTIVIDADE

Como apontamos anteriormente, os quadros de DORT decorrem de múltiplos fatores inter-relacionados e sobre os quais há já uma boa literatura. O nosso interesse neste trabalho é buscar a relação entre DORT e assertividade, fator praticamente não contemplado nas pesquisas consultadas. Sendo assim, nossa primeira tarefa seria definir este campo.

O comportamento assertivo pode ser definido como aquele que torna a pessoa capaz de agir em função dos seus próprios interesses, a se afirmar sem a indevida ansiedade, a expressar sem constrangimento os seus sentimentos sinceros (Alberti e Emmons, 1983), ou a defender os direitos pessoais de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos de outra pessoa (Lange e Jakubowski, 1976 *apud* Falcone 2001). Desta forma, as primeiras menções ao comportamento assertivo são observadas na área da psicologia a partir dos anos 70.

A mensagem básica da assertividade pode ser assim exemplificada: “Isto é o que eu penso. Isto é o que eu sinto. Isto é como eu vejo a situação” (Lange e Jakubowski, 1976 *apud* Falcone, 2001) ou, verbalizando, como: “Penso”, “Sinto”, “Quero”, “Como podemos resolver isto?”, “O que você acha?” (Caballo, 1991).

No comportamento assertivo o indivíduo freqüentemente se encontra “ansioso por defender os seus direitos, mas, ao mesmo tempo, capaz de aceitar que as outras pessoas também tenham os seus”. Sua expressão

corporal consiste num contato visual necessário para dar a entender que ele está sendo sincero, com um tom de voz moderado e neutro, a fala fluida e a postura comedida e segura. A expressão corporal é condizente com suas palavras. Ouve bastante procurando entender, trata as pessoas com respeito, aceita acordos e soluções, declara e explica suas intenções, indo direto ao ponto sem ser áspero, insistindo na busca de seu objetivo (Gillen, 2001).

Os efeitos desse comportamento resultam na solução dos problemas, na satisfação com os outros e consigo mesmo, na tranquilidade, na auto-eficiência, no autocontrole, na elevação da autoestima e na melhora na qualidade dos relacionamentos. Socialmente, esse comportamento é percebido como mais competente e efetivo, porém menos agradável, amigável, satisfatório ou apropriado do que a expressão não assertiva. Expressar-se de maneira empática (demonstrando consideração especial para com as necessidades da outra pessoa) antes de usar a assertividade direta pode minimizar qualquer avaliação negativa potencial (Delamater e Mcnamara, 1986 *apud* Falcone, 2000). O comportamento assertivo pode oferecer riscos, especialmente na interação profissional com superiores ou no confronto com uma pessoa muito agressiva (Hargie e col, 1987 *apud* Falcone 2002).

Nessa perspectiva então, a assertividade é apenas um tipo de habilidade social (como a habilidade cognitiva e a empatia) que apresenta efeitos positivos em determinados contextos sociais (Falcone, 2000). Quando há conflito, a habilidade social efetiva consiste em controlar as próprias emoções e se esforçar em compreender e validar os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa, antes de manifestar as próprias opiniões (Goleman, 1995), o que nem sempre consiste em comunicar os verdadeiros sentimentos aos outros (Argyle, 1984).

Gillen (2001) ressalta que, se o comportamento assertivo não garante êxito, ao menos pode garantir benefícios úteis como “maiores chances de sucesso, a certeza de ter conduzido a conversação de modo positivo e estabelece bases para uma interação futura eficiente”.

Mestre (2001) ressalta que Assertividade é o oposto de agressividade, passividade ou impulsividade. Trata-se de uma reação adequada, adaptada, portanto à situação do momento em questão. Algumas pessoas aparentam ter esta capacidade inata, porém ela pode ser conseguida a partir da aprendizagem.

“Tais vantagens jamais foram tão necessárias quanto atualmente. Ainda que vivamos em uma era de alta tecnologia também é verdade que nunca o impacto pessoal sobre o desempenho do indivíduo foi tão influente. A cada dia trabalhamos mais em grupo, necessitando da ajuda e da colaboração de pessoas sobre as quais não exercemos uma autoridade formal” (Gillen, 2001). Desta forma a assertividade pode estar intimamente relacionada com o sucesso profissional, com melhor qualidade de vida e com relações interpessoais mais satisfatórias (Falcone, 2000).

As deficiências nestas habilidades, que atingem aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com distúrbios emocionais (Argyle, 1984), têm sido relacionadas a uma variedade de problemas clínicos, que podem ser tratados com programas de treinamento de habilidades sociais (THS), com bons resultados (Bedell e Lennox, 1997 *apud* Falcone 2001).

Bittencourt (1991) relata que a falta de assertividade é certamente um dos fatores que contribuem para o aumento da incidência das doenças

sexualmente transmissíveis, já que o indivíduo não assertivo tem dificuldade em fazer prevalecer seu desejo, podendo ter relações sexuais sem desejar, bem como abdicar de proteção (preservativo) durante o ato devido ao medo de ser rejeitado.

Os efeitos do treinamento assertivo resultam em melhora da auto-confiança e da realização pessoal (Delamater e Mcnamara, 1986 apud Falcone, 2000), redução da depressão (Rimm, 1967 apud Falcone, 2000) e redução da ansiedade social (Falcone, 2000; Robach, Framyn, Gunby e Twters, 1972).

QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida é muito difícil de ser definida, pois costuma ter um significado diferente para cada pessoa. Abrange satisfação em relação à vida como um todo, incluindo boa saúde, condições adequadas de moradia, emprego, segurança pessoal e familiar e acesso à educação (Peterman e Célia, 2008).

A Organização Mundial de Saúde considera que “qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais”. (OMS *apud* Alexandre, 2005).

Hoje em dia é bastante utilizado o termo “Qualidade de Vida” em todas as áreas de conhecimento. Apesar de inúmeras definições, consideramos que a mais próxima do conceito e mais útil em termos funcionais é “bem estar” e talvez, “felicidade”. Levando-se em conta que estes conceitos são bastante individuais e variam conforme o momento de vida bem como o contexto onde o indivíduo está inserido, tenta-se utilizar para a sua aferição na área da saúde, sobretudo, questionários abrangentes, que contemplem dados objetivos e subjetivos. Trata-se de um conceito multidimensional e dinâmico, pois pode ser encarado de formas diferentes de acordo com o gênero, época, cultura.... Qualidade de vida, bem como o conceito de saúde não refere-se apenas à ausência de doenças, ou de algum tipo de dor. É fato que estados patológicos, assim como quadros dolorosos prejudicam o bem estar. Porém o simples fato de não ter doenças ou alguma algia não significa necessariamente o alcance da felicidade, ou de qualidade de vida.

Apesar das dificuldades apresentadas, foram criados instrumentos como questionários com a finalidade de quantificar e qualificar de alguma forma, a qualidade de vida. Tentam avaliar de maneira específica as repercussões que a doença pode causar na vida do indivíduo, nos mais variados aspectos, incluindo o financeiro. É utilizado inclusive, nos Estados Unidos pelo Food and Drug Administration (FDA) para aprovação de novos medicamentos contra o câncer (Peterson e Celia, 2008).

Seja qual for o instrumento eleito para a “mensuração” da qualidade de vida, ele deverá contemplar a subjetividade e a multidimensionalidade do conceito. Por certo a medição pode não ser totalmente fidedigna, porém ainda assim se constitui numa importante ferramenta para pesquisas, no esforço incessante na busca do melhor para os indivíduos, e entre eles, os que sofrem por alguma doença ou disfunção.

Dessa forma, o instrumento para medição de qualidade de vida deve considerar as seguintes dimensões, de acordo com Peterson e Cella (www.uptodate.com 2008):

- Bem estar físico: envolve sintomas e sinais físicos como dor, dispnéia, náusea...

- Bem estar funcional: compreende a habilidade necessária para execução das atividades da vida diária como a própria atividade profissional, o auto cuidado e mesmo as atividades de lazer.

- Bem estar emocional: pode ser compreendido como estados afetivos positivos tais como felicidade, paz de espírito, bem como os estados afetivos negativos como tristeza, ansiedade.
- Bem estar familiar: implica na habilidade para manter a comunicação e relacionamentos.
- Bem estar social: trata-se da habilidade para participar e usufruir de atividades em seu meio.
- Satisfação com o seu tratamento de saúde: inclui além dos resultados obtidos, os aspectos financeiros implicados.
- Sexualidade/Intimidade: envolve aspectos ligados à imagem corporal.

De maneira semelhante, o instrumento de medição de qualidade de vida que utilizamos nesse estudo (SF-36) (Vide Anexos) contempla de forma abrangente variados aspectos de vida tais como:

- Capacidade Funcional: indaga sobre a possibilidade que o indivíduo apresenta para atividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados, para atividades moderadas como realizar tarefas domésticas e de auto cuidado, nas últimas quatro semanas.
- Aspecto Físico: questiona se o indivíduo dedicou tempo menor que o habitual a tarefas costumeiras ou se sentiu algum tipo de limitação para executá-las, nas últimas quatro semanas.

- Dor: envolve a presença e a limitação que esta possa ter causado ao trabalho dentro e fora de casa, nas últimas quatro semanas.

- Estado Geral da Saúde: cabe ao indivíduo dizer como considera seu estado de saúde atual, bem como se adoecer com facilidade (quando se compara a outras pessoas) e quais são as perspectivas que tem em relação a este aspecto.

- Vitalidade: indaga sobre o vigor, o entusiasmo ou eventualmente o esgotamento, cansaço que experiência ao realizar suas atividades costumeiras nas últimas quatro semanas.

- Aspectos Sociais: investiga como a saúde física tem interferido nas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou grupo nas últimas quatro semanas.

- Aspectos Emocionais: busca saber se o indivíduo diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao trabalho e/ou a outras atividades, ou mesmo se não as realizou com o cuidado que gostaria, nas últimas quatro semanas.

- Saúde Emocional: indaga se o indivíduo tem se sentido nervoso, deprimido, calmo, tranquilo, desanimado, abatido ou feliz, nas últimas quatro semanas.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para verificar nossa hipótese, aplicamos questionários e realizamos entrevistas. Os questionários foram tabulados e os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

Foram aplicados 111 questionários, bem como realizadas 9 entrevistas e, de acordo com a Tabela 1 (Dados Pessoais), observa-se que não houve diferença significativa na média etária dos três grupos (Grupo 1: 36, Grupo 2: 33,36 e Grupo 3: 34,85), bem como do tempo na profissão (Grupo 1: 110,10, Grupo 2: 96,13, Grupo 3: 116,16) (obs: o preenchimento de itens como renda individual e familiar era opcional, e o tempo na profissão foi esquecido por alguns dos sujeitos).

Tabela 1**Dados Pessoais**

	Grupo	n	Média (Desvio Padrão)	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	1	32	36 (5,46)	26	45
	2	33	33,36 (6,01)	25	44
	3	46	34,85 (5,57)	25	46
	Total	111	34,74 (5,71)	25	46
Renda Individual (R\$)	1	28	1167,15 (1069,72)	357	4500
	2	28	1221,57 (561,74)	300	3500
	3	29	4228,28 (4787,83)	400	20000
	Total	85	2229,46 (3194,44)	300	20000
Renda Familiar (R\$)	1	30	2010,87 (2200,27)	357	10000
	2	26	2959,04 (1979,83)	800	10000
	3	28	6991,07 (5681,81)	800	20000
	Total	84	3964,42 (4261,48)	357	20000
Tempo na Profissão (meses)	1	29	110,10 (156,36)	8	840
	2	32	96,13 (69,99)	0,25	252
	3	37	116,16 (69,74)	12	254
	Total	98	107,83 (102,48)	0,25	840

A renda individual e familiar eram de preenchimento opcional

Porém as diferenças surgem nos itens relacionados à renda individual e familiar. Elas se mostraram semelhantes entre o Grupo 1 (R\$ 1.167,15 e R\$ 2.010,87) e o Grupo 2 (R\$ 1.221,57 e R\$ 2.959,04) respectivamente e significativamente mais elevada no Grupo 3 (R\$ 4.228,28 e R\$ 6.991,07) entre os respondentes. O Grupo 1, composto de sujeitos acometidos por DORT, freqüentemente exerce funções de remuneração mais baixa e não raro, em função da doença, afasta-se destas atividades ficando às expensas da Previdência Social, com prejuízo ainda mais acentuado de seus vencimentos. Também o Grupo 2, composto por sujeitos submetidos a (equivalentes) condições de trabalho que podem levar a DORT são remunerados de forma semelhante.

Através da Análise Fatorial, percebe-se apenas diferença significativa para alguns níveis de escolaridade isoladamente, porém observamos que no Grupo 3 há uma maior concentração de sujeitos com 2º grau completo, curso superior (completo ou incompleto) assim como pós-graduação.

Pela Tabela 2 (Assertividade) e Tabela 3 (SF 36), verifica-se que não há correlação entre estes questionários.

Tabela 2

Assertividade

Grupo	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
1	32	- 8,56	21,64	0,43	0,651
2	33	- 13,42	22,22		
3	46	- 11,39	20,13		
Total	111	- 11,18	21,09		

Os sujeitos dos três grupos apresentaram pontuação semelhante no questionário de Assertividade.

Tabela 3**SF 36 (Qualidade de Vida)**

Grupo	1	2	3	Total	F	Sig
n	32	33	46	111		
Capacidade Funcional	43,44 (25,09)	77,58 (14,53)	83,04 (14,04)	70,00 (24,76)	49,62	S
 Aspecto Físico	21,09 (33,67)	75,00 (29,78)	85,56 (26,91)	63,53 (40,62)	46,96	S
 Dor	51,56 (20,46)	23,48 (17,73)	16,49 (15,16)	28,68 (22,94)	39,61	S
Estado Geral de Saúde	37,34 (10,55)	28,03 (12,18)	26,52 (9,36)	30,09 (11,50)	10,72	S
 Vitalidade	31,72 (8,95)	33,18 (11,10)	34,46 (10,39)	33,29 (10,19)	0,68	NS
 Aspectos Sociais	32,81 (16,73)	36,36 (11,42)	37,77 (11,93)	35,92 (13,39)	1,33	NS
 Aspectos Emocionais	28,13 (39,81)	76,77 (31,72)	79,71 (29,38)	63,96 (40,24)	26,03	S
 Saúde Mental	23,63 (11,51)	32,97 (6,93)	33,57 (7,80)	30,52 (9,78)	13,83	S

Média (Desvio Padrão)

Significante em $p \leq 0,05$

Os itens relacionados a aspectos físicos foram os que apresentaram significância.

Na análise descritiva da Tabela 3 (SF 36) percebe-se uma diferença entre as médias (dos valores gerais) dos três grupos (Grupo 1: 76,12, Grupo 2: 106,98 e Grupo 3: 112,01) e entre as suas medianas (figura 2: Mediana do SF 36).

A Figura 1 - Medianas de Assertividade - reforça esta observação demonstrando que não existe diferença entre as medianas destes grupos no aspecto Assertividade.

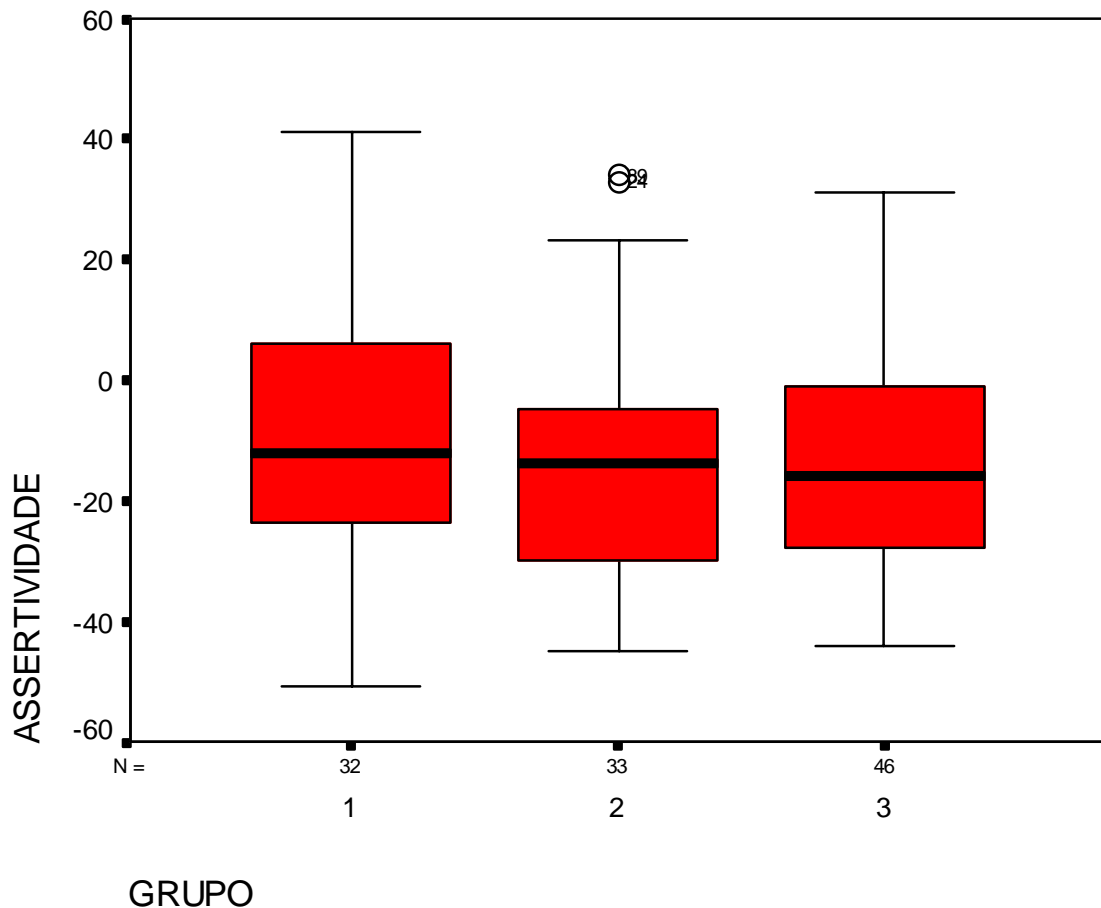


Figura 1

Medianas de Assertividade

As medianas dos três grupos mostraram-se semelhantes

Curiosamente, em detrimento da “flexibilização, produtividade, reestruturação, novas tecnologias” que levam constantemente à extinção de milhares de postos de trabalho e, portanto, ao desemprego, sem poder contar ao menos com os sindicatos, que sofreram grande enfraquecimento a partir dos nos 90 (Barreto, 2006) estas trabalhadoras mostram-se assertivas ao responderem ao questionário, sabendo que o comportamento pode se constituir num risco para a empregabilidade.

Seriam então mais assertivas fora de seu ambiente de trabalho que dentro dele? Haveria aí um comportamento compensatório?

Teriam respondido ao teste com fidedignidade? Relataram sua conduta ou o que acreditam que deveriam fazer nas situações propostas?

Há um predomínio claro entre os sujeitos de profissões ou funções ligadas à prestação de serviços e do estado civil de casadas (vide Anexo).

Observamos atualmente uma forma sutil de controle dos trabalhadores, dentro da política de “envolvimento narcísico” (ou “vestir a camisa”), exercido através de programas de auto-estima, afetividade e empatia. Ou seja, trata-se da “afetividade colonizada na conjugação do eu e do nosso, na promessa da satisfação dos desejos individuais submetidos ao “sucesso empresarial” (Barreto, 2006). Porém, atualmente o “vestir a camisa”, encontra-se relativizado devido a estratégias administrativas como a terceirização de serviços, que tem como finalidade a concentração da empresa em sua atividade fim com conseqüente potencialização dos lucros.

Hoje a tônica propagada do sucesso é ser autônomo, otimista e entusiasta (Barreto, 2006). Seria este um comportamento proativo ou assertivo? Como assumir então um comportamento diferente do que é considerado ideal?

Dentro de um contexto capitalista, provavelmente a produtividade implica em *ser* um corpo ativo para produzir e emocionalmente flexível para aceitar e calar, submetendo-se (Barreto, 2006 p. 118).

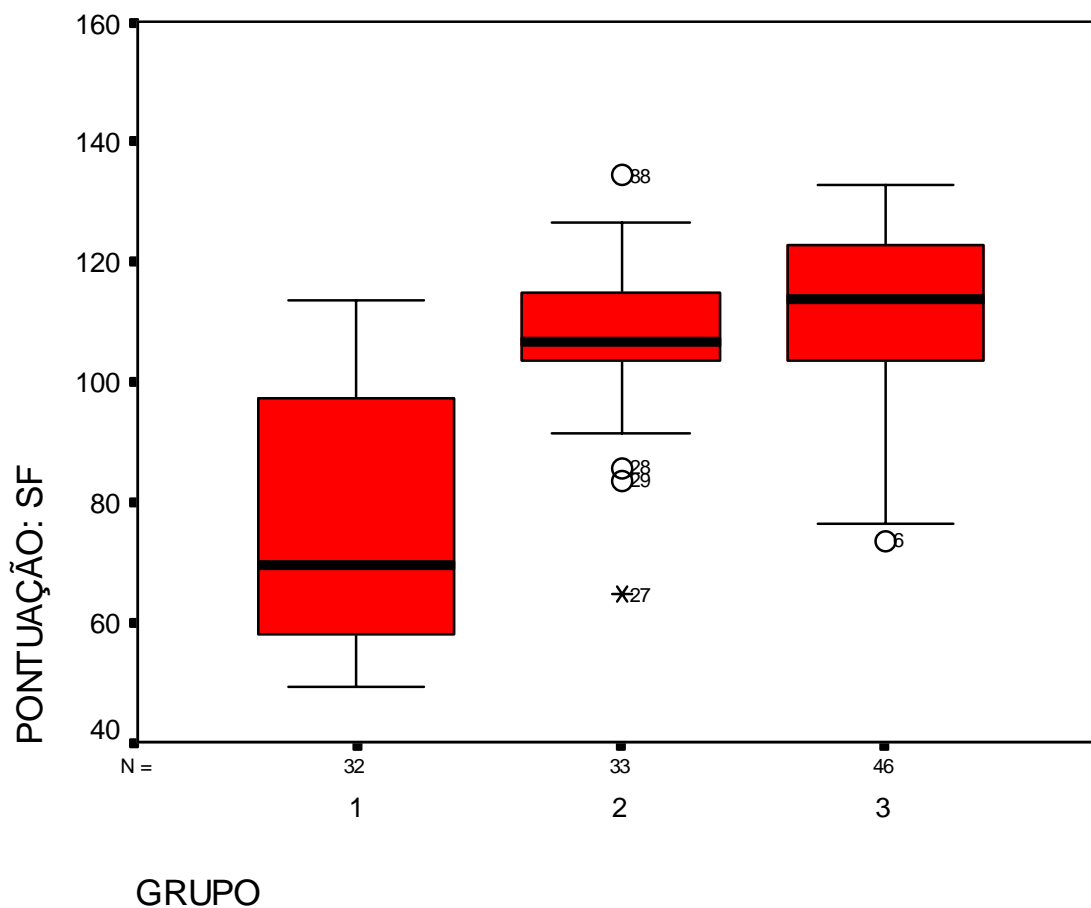


Figura 2

Medianas SF 36

A mediana do Grupo 1 mostra-se prejudicada quando comparada aos Grupos 2 e 3

Contudo as diferenças se mostram de forma mais nítida quando cada um dos itens que compõem este questionário de qualidade de vida é analisado:

1. Capacidade Funcional (questão 3)
2. Aspecto Físico (questão 4)
3. Dor (questões 7 e 8)
4. Estado Geral de Saúde (questões 1 e 11)
5. Vitalidade (questão 9 – itens A, E, G e I)
6. Aspectos Sociais (questões 6 e 10)
7. Aspectos Emocionais (questão 5)
8. Saúde Mental (questão 9 – itens B, C, D, F e H)

Na Tabela 3 (SF 36) observa-se que a **Capacidade Funcional** se encontra prejudicada no Grupo 1 (43,44) e semelhante no Grupo 2 (77,58) e no Grupo 3 (83,04). Vide Figura 3 - Medianas de Capacidade Funcional. Na verdade, o fato do Grupo 1 apresentar este resultado é esperado, uma vez que este item se refere à habilidade de realizar as tarefas da vida diária dos indivíduos com diagnóstico de DORT.

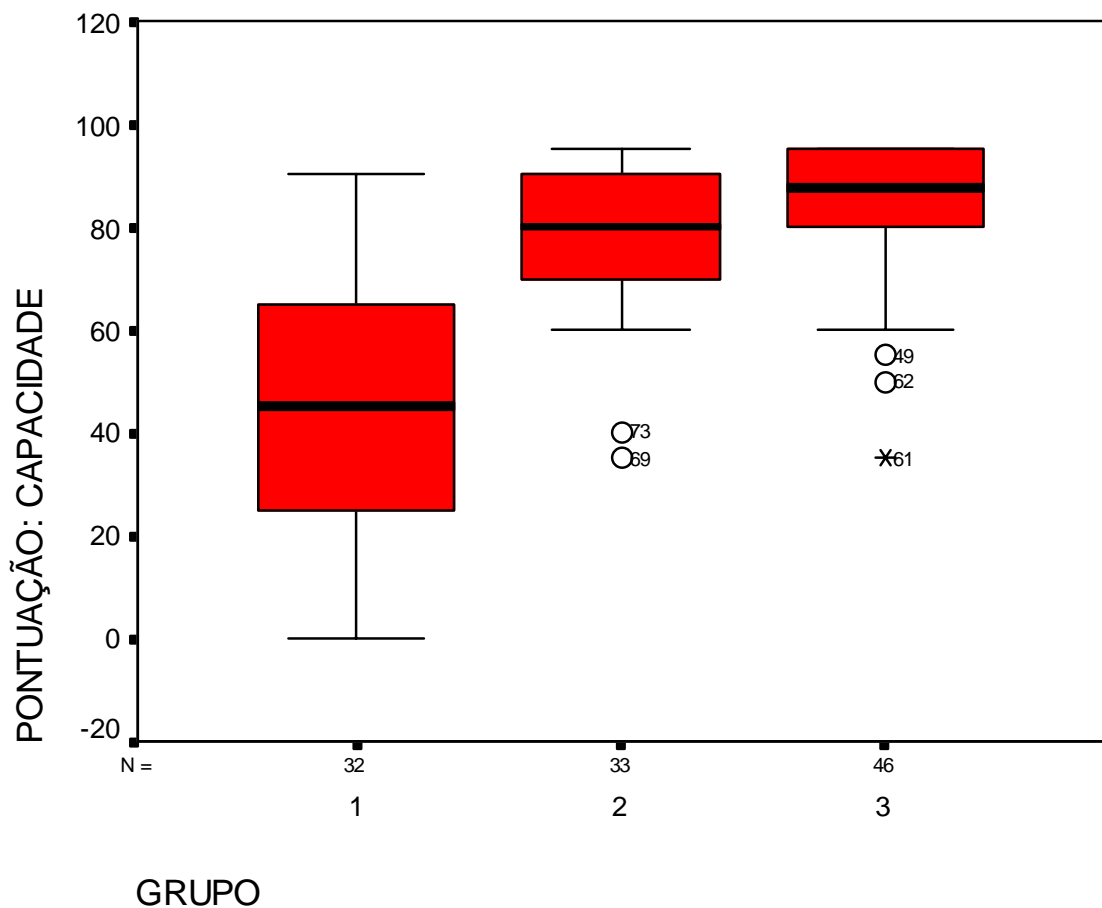


Figura 3

Medianas de Capacidade Funcional

Fato semelhante ocorre no item **Aspectos Físicos**: o Grupo 1 tem escores bem menores (21,09) em relação ao Grupo 2 (75,00) e Grupo 3 (85,56), que são mais elevados e semelhantes entre si. (Vide Figura 4)

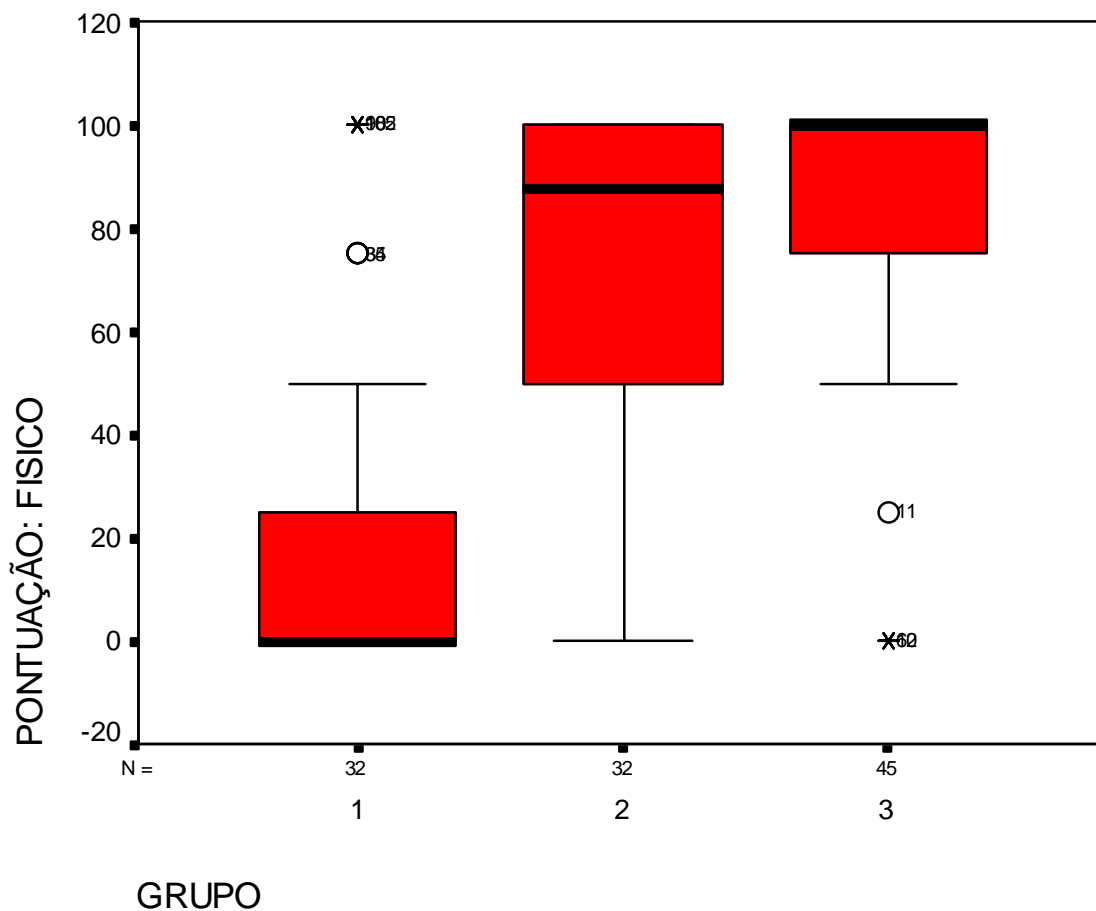


Figura 4

Medianas de Aspectos Físicos

No item **Dor**, de forma também compreensível, ocorre o contrário: o Grupo 1 apresenta escores elevados (51,56) enquanto o Grupo 2 (23,48) e o Grupo 3 (16,49) apresentam níveis reduzidos e semelhantes.

N.A.M.S. 40 anos, empregada doméstica com diagnóstico de DORT há 2 anos relata: “...Começou com dor nos ombros e na mão. Agora está atingindo todas as minhas juntas e estou perdendo os movimentos dos braços”

M.C.S.S. 43 anos, costureira com diagnóstico de DORT há aproximadamente 4 anos “ (começou) com dor no punho direito, com falta de força no braço direito. Hoje o braço direito todo, o ombro, a cabeça, o lado direito do corpo todo dói”

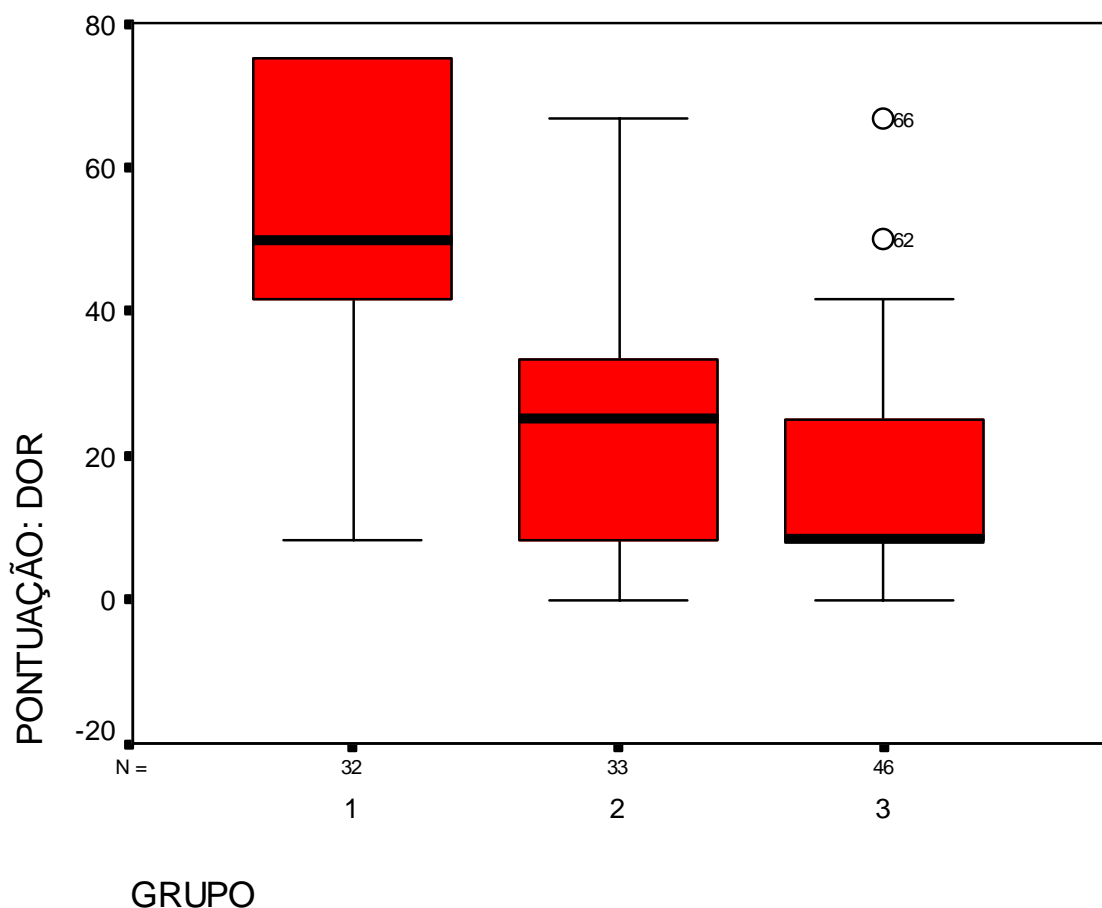


Figura 5

Medianas de Dor

Estranhamente o Grupo 1 apresenta escores elevados para o aspecto de **Estado Geral da Saúde**, enquanto os Grupos 2 e 3 apresentam níveis médios e semelhantes. Isto provavelmente se deve ao fato dos sujeitos do Grupo 1 já terem o diagnóstico de DORT estabelecido e se encontrarem em tratamento, além do fato de outros problemas de saúde serem pouco considerados quando comparados ao sofrimento causado por esta doença.

Talvez haja neste resultado a influência da percepção de que os funcionários adoecidos, em particular mulheres com DORT encontram-se num grupo de maior risco de demissão (Barreto, 2006), reduzindo a importância deste mal em seu relato.

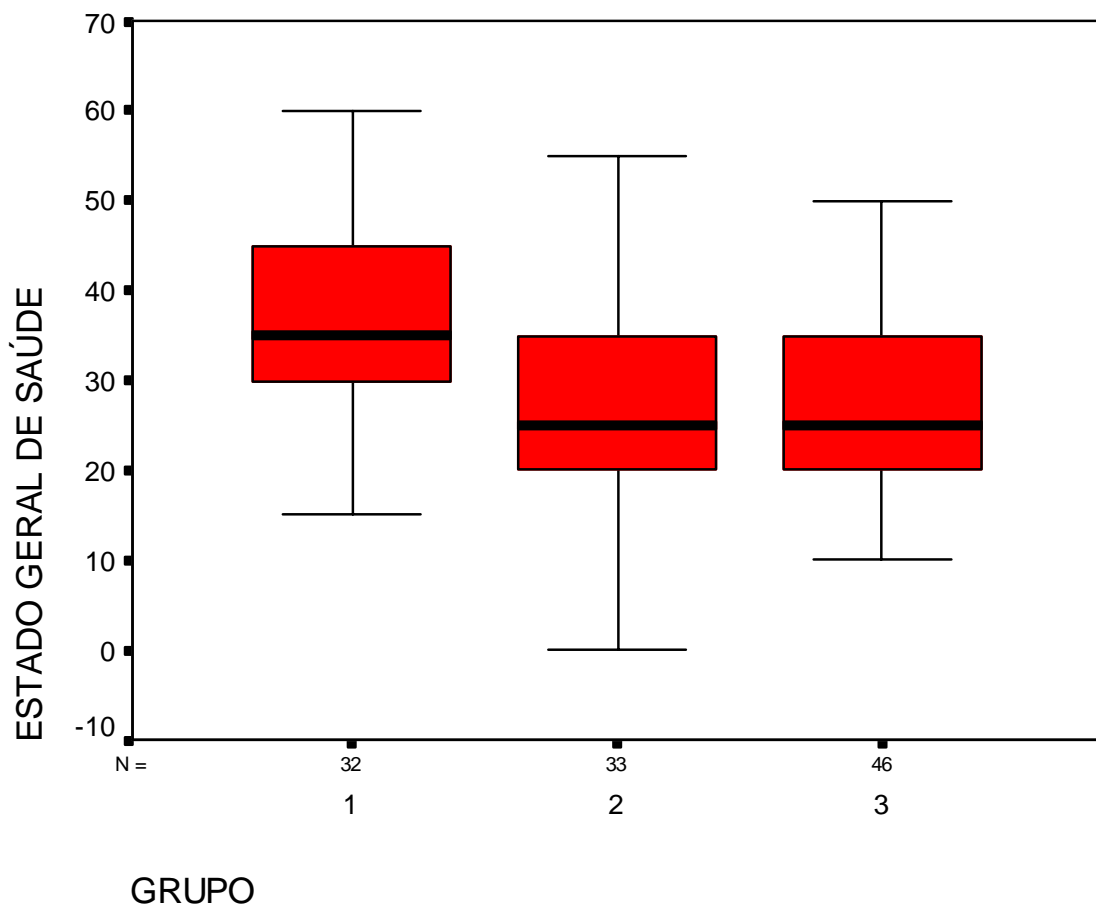


Figura 6 Medianas de Estado Geral da Saúde

No item **Vitalidade** (relacionado ao que se pretende fazer) não se observa diferença estatística significativa entre os três grupos, com discreta tendência ascendente: Grupo 1: 31,72; Grupo 2: 33,18 e Grupo 3: 34,46.

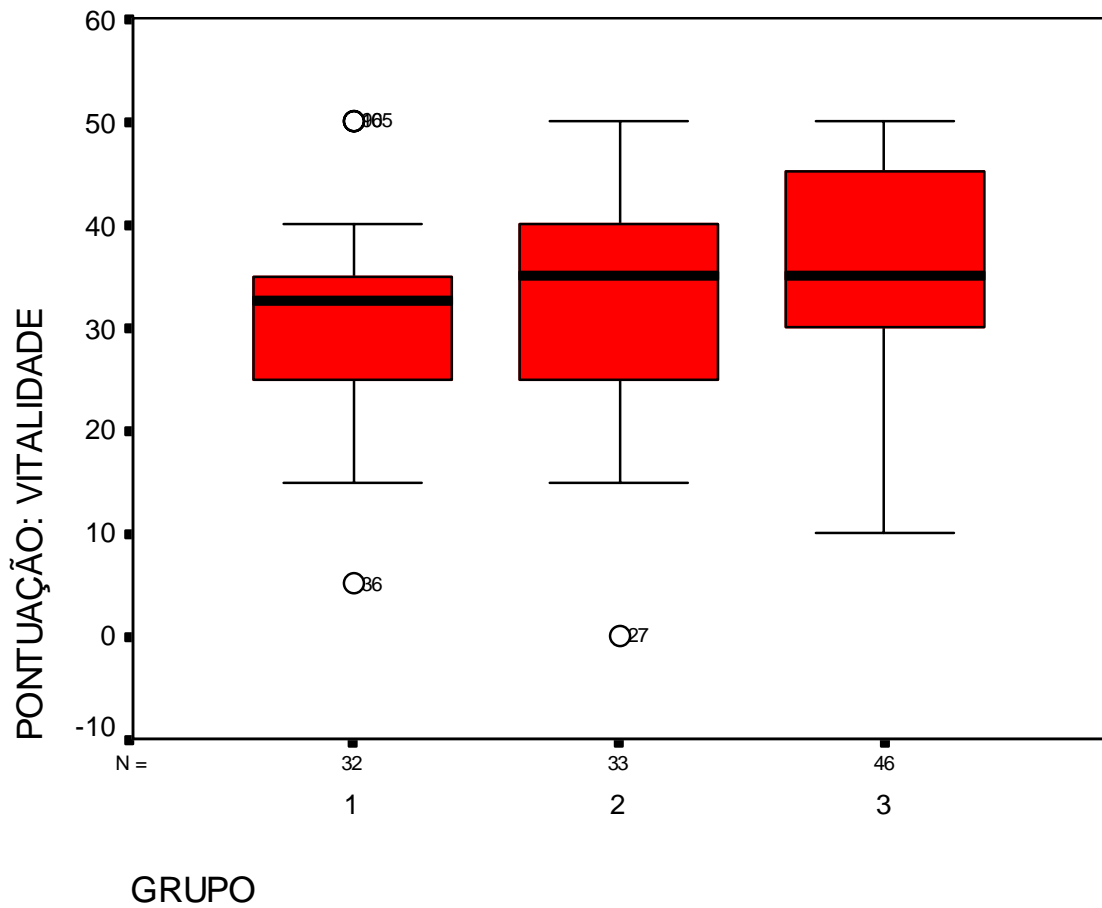


Figura 7

Medianas de Vitalidade

Nos **Aspectos Sócio-Econômicos** os índices são semelhantes (não há diferença estatística significativa): Grupo 1: 32,81; Grupo 2: 36,36 e Grupo 3: 37,77.

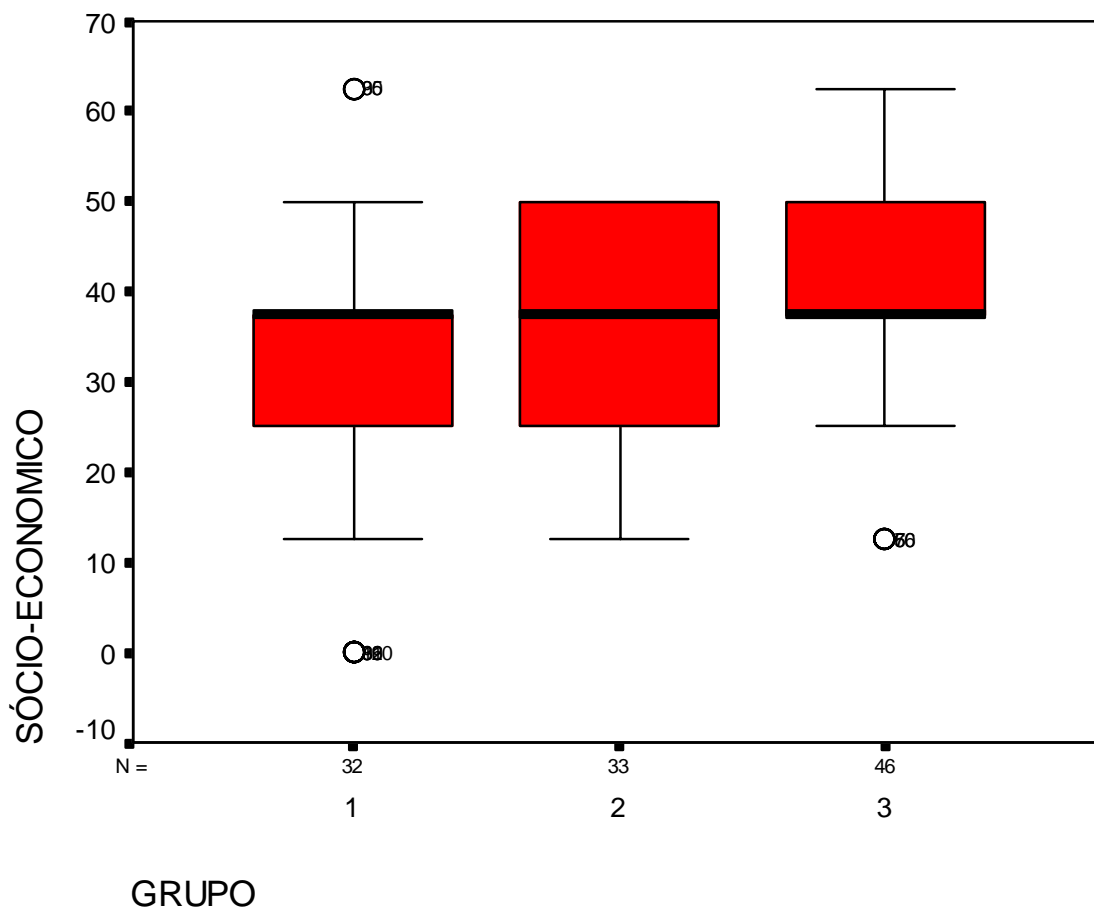


Figura 8

Medianas de Aspectos Sócio-Econômicos

Já no item relacionado aos **Aspectos Emocionais**, o Grupo 1 mostra escores sensivelmente reduzidos (28,13) quando comparados ao Grupo 2 (76,77) e ao Grupo 3 (79,71), o que pela existência de DORT, não surpreende. Seus sintomas, sobretudo a dor, o afastamento do trabalho e suas conseqüências físicas e sociais, e o próprio tratamento de saúde em si, freqüentemente realizado em instituições públicas parece explicar este desgaste emocional.

N.A.M.S. 40 anos, empregada doméstica com diagnóstico de DORT há 2 anos pontua: *“Esta doença representa muita tristeza e depressão: em não poder fazer as atividades, os serviços domésticos. Até para fazer comida está difícil. Às vezes eu fico andando só para não ver a minha casa naquele jeito..”*

M.C.S.S. 43 anos, costureira com diagnóstico de DORT há aproximadamente 4 anos *“Eu trabalho menos. Não vou mais às festas, não saio com as famílias. Fiquei mais nervosa, ansiosa”*

T.T.L. 50 anos, professora universitária, com diagnóstico de DORT há 7 anos *“Estou afastada do trabalho há quase dois anos. Estou em tratamento para depressão, pois é comum ocorrer depressão em pacientes com doenças crônicas. Sinto-me inútil. O que eu ganho é muito pouco, no INSS. Gostaria de estar trabalhando, sendo útil para a sociedade. Adoro lecionar. É muito gratificante estar em sala de aula, como docente.”*

Estas três entrevistadas apresentam perfis bastante diferentes, tanto em termos de atividades profissionais (empregada doméstica, costureira, professora universitária), quanto de tempo de doença diagnosticada (2, 4 e 6 anos), de idade bem como de conseqüências apontadas. A primeira, com 40 anos e 2 de diagnóstico, se refere à dificuldade de lidar com a própria casa: *“é difícil ver a minha casa daquele jeito”*. Pode-se supor que seu

esforço se concentra no trabalho “fora de casa”, que é por ironia trabalho doméstico. A segunda, aos 43 anos e diagnosticada há 4, “trabalha menos” e restringiu também as atividades de lazer. O quadro da professora universitária, com 50 anos, diagnosticada há 7 anos (na época em idade próxima à das demais) é interessante: poder-se-ia pensar que seu tipo de trabalho (intelectual) fosse menos propenso a causar problemas de DORT. Está, entretanto, afastada do magistério há 2 anos com seus ganhos rebaixados, tratando-se de depressão, contudo, diz ela: “*adoro lecionar (...) é muito gratificante*”.

Qualquer destas mulheres, mesmo a última, não desempenha apenas “trabalho fora de casa”. Há um conjunto de atividades e responsabilidades que se somam ao trabalho remunerado.

O discurso das trabalhadoras acometidas por DORT menciona com frequência o sofrimento emocional (“*fiquei mais nervosa, ansiosa*”), que perpassa todo o processo de saúde-doença, sobretudo em situações em que precisam provar a existência deste distúrbio, de suas dores, seja no ambiente de trabalho, seja nos serviços de saúde, Previdência Social ou mesmo na própria família (Neves, 2006).

Como já relatamos, os pacientes chegam a nós (fisioterapeutas) desalentados e ávidos por serem ouvidos e acolhidos. Narram histórias de constrangimento, como de uma paciente, que se via impossibilitada de manter-se em pé no ônibus justamente por não conseguir realizar preensão em lugar algum do coletivo. Pelo fato de ter as mãos acometidas pela doença, chegava a cair em plena viagem, pois ninguém dava crédito ou assento a alguém tão jovem e aparentemente tão saudável.

Outra paciente mostrava-se magoada com familiares que não se conformavam com o fato dela não ajudar nas tarefas domésticas, uma vez que estava “encostada na Caixa”. Como podia “nem ao menos passar uma vassoura na casa”, quando não tinha “nada” a fazer? Tentava então realizar alguma atividade e logo a abandonava devido à intensa dor.

Em ambos os casos, possivelmente o comportamento das pessoas em torno seria distinto, se as pacientes apresentassem sinais externos da doença como membros superiores imobilizados por tipóias, aparelhos gessados, amputados ou em chagas. Ocorre porém, como já relatamos, que a DORT apresenta-se com predomínio de sintomas (sobretudo a dor) e não de sinais. Certamente este fato se constitui numa das maiores fontes de sofrimento dessas pessoas.

Observamos assim que, nestas condições há a necessidade de tratar sua saúde constantemente, ingerindo medicamentos e convivendo com dores e incapacidade para o trabalho profissional e até mesmo doméstico. Sentem-se “desgastadas, inúteis, inválidas e com poucas perspectivas em relação a sua vida no futuro”. Percebemos então uma forte ligação de angústia e depressão com estes sentimentos descritos (Neves, 2006).

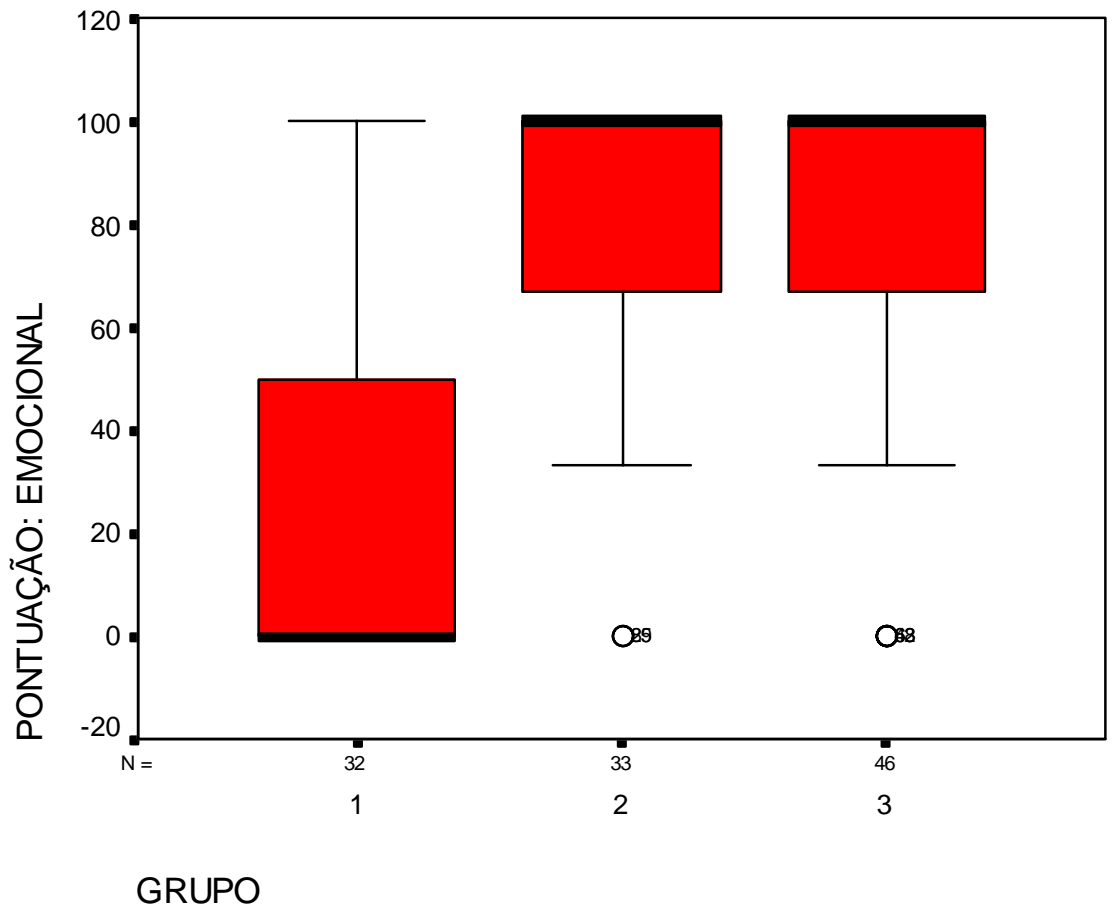


Figura 9

Medianas de Aspectos Emocionais

De forma semelhante, porém menos evidente, a **Saúde Mental** encontra-se prejudicada no Grupo 1 (23,63) em relação aos demais (Grupo 2: 32,97 e Grupo 3: 33,57).

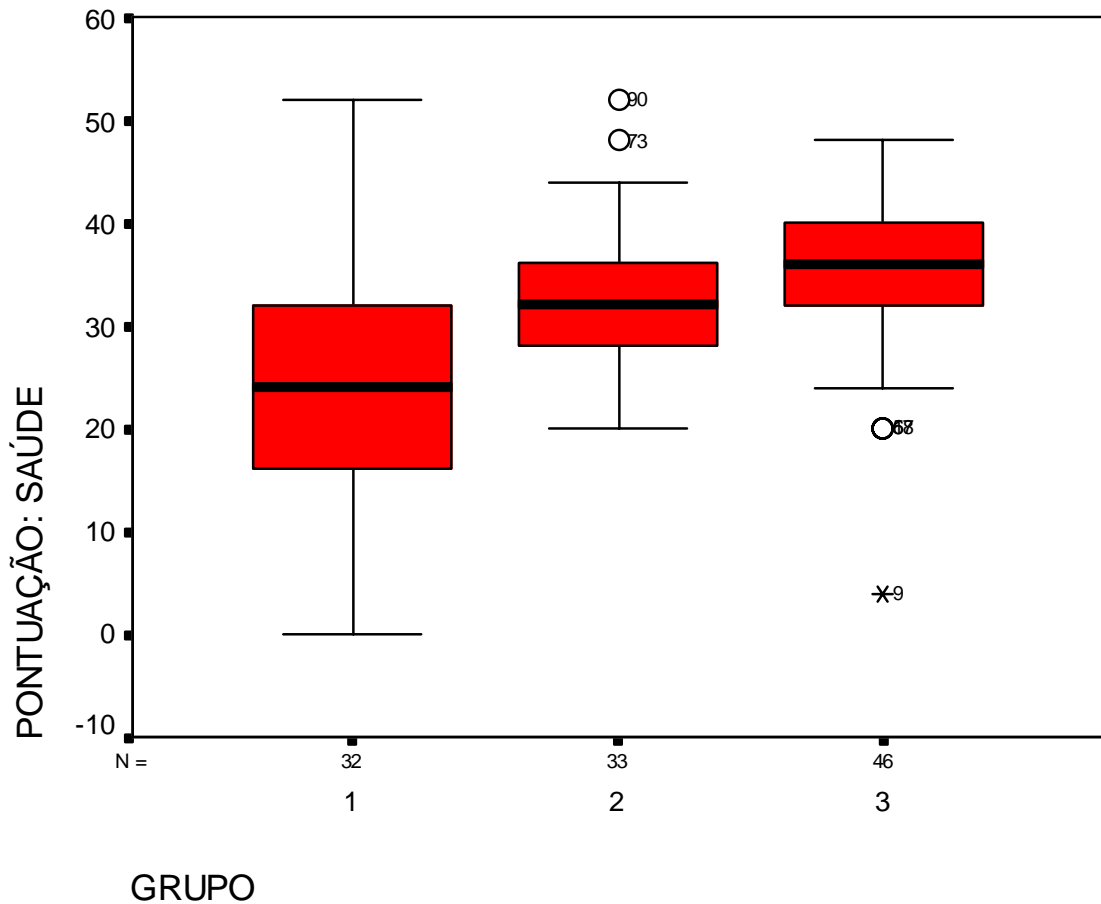


Figura 10

Medianas de Saúde Mental

Ao tratar do assunto Saúde-Doença, percebemos que o discurso antropológico identifica os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica para mudar de forma efetiva o estado de saúde de uma população. Revela que o estado de saúde de uma população está intimamente associado ao seu modo de vida bem como ao seu universo social e cultural, inserindo assim a antropologia médica numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde (Uchoa, 1994).

Muitas vezes observamos que informações culturais são pouco consideradas em intervenções preventivas e terapêuticas na área de saúde (Good & DelVecchio Good, 1980 *apud* Uchoa, 1994) ou mesmo consideradas acessórias, como o impacto dos fatores sociais e culturais. Comumente são consideradas essenciais somente as informações referentes ao diagnóstico biomédico (Kleinman, 1987 *apud* Uchoa, 1994). Porém estudos recentes já mostram “a grande influência dos universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde” (Taylor e col, 1987 in Uchoa, 1994) portando, a postura diante da saúde e doença ocorre de acordo com universos sócio-culturais bastante específicos (Uchoa, 1994).

Desta forma, “a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores, expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir (Uchoa, 1994).

N.A.M.S. 40 anos, empregada doméstica com diagnóstico de DORT há 2 anos diz o que significa **Doença** para ela: “*Muita tristeza. Minha vida está péssima. Não quero nem pensar que estou doente*”. E **Saúde**? “*É uma palavra que eu*

estou procurando há dois anos, mas até o momento não encontrei. Continuo procurando...”

M.C.S.S. 43 anos, costureira com diagnóstico de DORT há aproximadamente 4 anos define **Doença**: *“É não ter condição para fazer o que eu fazia”* e **Saúde**? *“É tudo de bom. O trabalho. Você poder refazer suas coisas, cuidar mais da família, de minha filha que só tem 6 anos...”*

T.T.L. 50 anos, professora universitária com diagnóstico de DORT há 7 anos define **Doença**: *“Doença significa exclusão... Sinto-me excluída, por estar doente.”* e **Saúde**? *“O maior bem precioso que temos.”*

Corroborando estes depoimentos, encontramos o relato de Maria José O’Neill, jornalista de 44 anos com diagnóstico de DORT há 6 anos, em seu livro “LER/DORT O Desafio de Vencer” (2001):

“Ao longo de meus 44 anos de vida, testemunhei muita coisa chocante, porém nada superou o descaso com que é tratado o problema das Lesões por Esforços Repetitivos –LER.”

(...) Estou recomeçando com a esquerda. É difícil, mas é factível. É verdade que a maioria das empresas não aceita empregados portadores de LER, mas há opções de trabalhar como free-lancer e , quem sabe, pesquisar e abrir seu próprio negócio.

Freqüentemente as LER/DORT são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente, prejudicando o trabalhador, o empresário e o país. O trabalhador tem sua carreira ceifada no auge de sua produtividade e vê sua vida desestabilizada pela doença. O empresário tem seu quadro

funcional alterado pela perda temporária ou permanente de um trabalhador em cujo treinamento investiu, além do ônus de indenizações e custeio de tratamentos. A Previdência tem de arcar com milhares de trabalhadores que ficam incapacitados.”

(...) A sociedade precisa inteirar-se do que são LER/DORT, bem como das formas de prevenção e de como lidar com esse problema. Cada cidadão deverá ser um multiplicador no combate a essa doença ocupacional – cuja invisibilidade causa tanto preconceito, pois, embora não apresente sinais facilmente percebidos pelas pessoas, é incapacitante. As dores e as limitações impostas ao trabalhador lesionado transformam-se em uma via crucis para este ser humano, que fica destituído de sua cidadania. A única solução para este malefício à saúde do trabalhador é a prevenção.”

(...) Resolvi contar a minha própria experiência com LER/DORT, pois há 6 anos atrás percorri um longo caminho em busca de informações sobre esta doença, enfrentando muita dificuldade para obter fontes de informação.

Eu não conhecia os sintomas das Lesões por Esforços Repetitivos. Trabalhava em uma grande empresa, datilografava em máquina eletrônica e nem por sonho pensava que as dores que começaram a me atormentar em meados de 94 seriam indicações de moléstias tão graves: a tenossinovite e a tendinite, o que levou o meu clínico, Dr. José Zingari Motta, a solicitar que eu datilografasse menos. Eu sou jornalista e trabalhava na Assessoria de Imprensa de uma empresa de energia elétrica em São Paulo. Essa empresa passava por uma fase de transição no início de 95. Diretoria nova, ameaças de demissão em massa, tensões com chefias novas. O diagnóstico dado pela Gerência do Departamento Médico foi “problemas emocionais”.

Em 1º de julho de 1995, entrei em auxílio-doença. Ainda não sabia que já era portadora de LER em estágio avançado. Meu clínico indicou o ortopedista Dr. Eduardo Prado, que diagnosticou tenossinovite no punho direito. Comecei com tratamentos, remédios, fisioterapias e nada de melhorar: minha mão, além de doer estava perdendo a força.

Apresentei à empresa os exames e pedi uma abertura de CAT, Comunicação de Acidente de trabalho, pois as LER são uma doença ocupacional e portanto, o empregado tem direito a tratamento médico pago pela empresa. Este benefício, a que tenho direito pela legislação vigente, foi negado.

As oito Varas de Acidentes de Trabalho estão congestionadas por ações dos empregados que têm seus direitos negados pelo INSS. A Justiça é a única saída que encontramos para preservar nossos direitos. É séria e confiável, porém é muito difícil atender a tão grande demanda. Espero há cinco anos a decisão em primeira instância e é preciso ter fé, apesar de sentir-me apenas o número 234/96 em muitos momentos.

As desilusões foram surgindo. Procurei colegas como testemunhas de que eu datilografava em posição inadequada. O meu colega mais próximo e mais querido se recusou, para não comprometer-se e perder a chefia. Isto doeu muito. Encontrei um colega e uma colega que se dispuseram a depor, mas haviam mais testemunhas que infelizmente omitiram-se.

O tratamento é doloroso, uma caminhada lenta, onde a dor está presente todos os dias, a mão incha ao menor esforço, com o frio piora. A falta de força na mão direita é um verdadeiro pesadelo. Ir para a fisioterapia

chega a dar medo, pois sei que as dores irão aumentar, mas é preciso fazer o tratamento prescrito.

Não recebi durante oito meses em 1998. Como sobreviver com isto: E ainda pior, como fazer tratamento médico?

A grande luta é para comprovar que passei a sofrer de LER devido ao trabalho que realizava na empresa. Mas como a sociedade trata com pouco ou nenhum respeito as pessoas com baixo poder aquisitivo, só tenho que preservar minha esperança e auto estima. Quando as contas chegam e o meu holerite vem no fim do mês com os descontos do tratamento de LER, fico desesperada. Luto com todas as forças para não esmorecer. Passo noites sem dormir, preocupada em como arrumar dinheiro para pagar as contas do mês.

Procuro cultivar a esperança de que Deus há de iluminar o juiz e de que terei meus direitos respeitados. É o que me mantém de pé.

Agora meu médico prescreveu alongamentos e hidroginástica. Por minha conta estou aprendendo a escrever com a mão esquerda.

As LER/DORT, num quadro clínico que apresente múltiplas lesões, causam vários problemas, dores intensas, falta de força, impotência funcional e induz a uma grande crueldade: o trabalhador não é aceito em uma nova empresa porque tem problemas de saúde (pode ter o melhor currículo do mundo), não é recebido de volta para ser readaptado na sua antiga empresa (na maioria dos casos) e também não é aposentado, pois não tendo a idade limite de aposentadoria os peritos, em sua maioria, não

aposentam. O que fazer com estas pessoas? Qual o crime cometido para serem tratadas como um peso social?

(...) Fiz a perícia judicial e aguardo a sentença. E, enquanto isso, como se tratar? Como sobrevive-se? O processo que movo contra o INSS ainda está em primeira instância (ou seja, há 5 anos aguardo a sentença). Ter sido desestruturada em nível econômico não importa, a Justiça é morosa, lá eu sou apenas um número.

Piorei muito neste compasso de espera na Justiça. Se eu tivesse recebido apoio da empresa onde trabalhei, minha situação seria outra.

O grande problema que o portador enfrenta é o preconceito, é o desconhecimento da sociedade às patologias que englobam a LER. A melhor forma de readaptar um portador é devolver sua auto estima.

(...) Outro grande perigo que o portador enfrenta é a depressão ocasionada pelas diversas doenças que constituem o universo das LER, pois ele é discriminado pela família, rejeitado socialmente, mal tratado pelo INSS, principalmente pelos peritos da cidade de São Paulo, que nos tratam como se fôssemos aproveitadores.

(...) O fato de não estar em condições de ser readaptada, por estar em tratamento, parece ser um simples detalhe, especialmente agora quando aos peritos do INSS estão dando alta para os portadores de LER, sob alegação do Governo Federal de que somos um peso para cofres públicos.

Normalmente os trabalhadores tem a sua vida afetiva afetada, pois é mais cômodo deixar uma venda nos olhos à dor invisível da LER, do que partilhar as agruras dos limites destas lesões.”

Vemos aí um relato que ilustra de maneira contundente as observações que realizamos acerca do universo da DORT: o doloroso percurso em busca de diagnóstico, tratamento e direitos. A decepção causada por colegas de trabalho, a revolta diante de uma situação tão difícil e o sentimento de impotência, bem como a iniciativa individual em buscar novas possibilidades, como se empenhar em aprender a escrever com a mão esquerda.

Percebemos a dificuldade da situação da jornalista em todos os aspectos: a saúde comprometida, a repercussão financeira e social. A determinação na luta por seus direitos permanece, apesar da decepção constante com a descrença dos peritos e a morosidade da justiça.

Talvez seja interessante observar estes resultados sob a perspectiva de Gênero. Brito (1997) pontua que as trabalhadoras são obrigadas a se encaixarem num padrão de “feminilidade”, desenvolvendo habilidades como paciência, disponibilidade e destreza manual, sem receberem treinamento específico para isto (pois estas características são consideradas inerentes).

A própria legislação trabalhista que restringe a caracterização de insalubridade/penosidade/periculosidade nos locais de trabalho, mostra-se ainda mais limitada para identificar a inadequação das condições de trabalho das trabalhadoras, ou seja, entre outras questões, não adota

padrões que limitem a repetitividade e ritmo (cadência) elevado, aspectos constantes em suas atividades (Volkoff, 1985 apud Brito, 1997).

M.C.S.S. 43 anos, costureira, acredita que sua doença foi causada por “*puxar elástico*” enquanto que N.A.M.S., 40 anos, empregada doméstica “... *foi muita movimentação ao mesmo tempo, inclusive passar roupa duas vezes por semana*” enquanto T.T.L. 50 anos, professora universitária relata: “... *eu tinha muitos alunos, cheguei a ter 1200 alunos e lecionava em quatro faculdades... minha pasta era muito pesada (...por causa dos livros), ademais, tinha muitas provas e trabalhos para corrigir, totalizando às vezes 3600 trabalhos por bimestre, fora as provas.*”

Devemos adicionar também os efeitos pouco claros sobre a saúde do trabalho em seu domicílio e mesmo outros tipos de trabalho informal e precário realizados por muitas mulheres (Brito, 1997).

Na verdade, é difícil a reflexão sobre o trabalho doméstico; pode ser prazeroso em sua execução (preparar o alimento, arrumar a casa, cuidar das crianças...). Pode também se apresentar de diferentes modos, ou seja: a dificuldade do trabalho doméstico deve levar em conta a classe social da mulher: se a mesma dispõe de pessoas ou mesmo eletrodomésticos para auxiliá-la, o número de pessoas na família e sua faixa etária. Percebemos então que o impacto do trabalho doméstico interfere decisivamente na vida pessoal e profissional das trabalhadoras, com conseqüências em sua saúde, principalmente em situação de dupla jornada (Brito, 1997). No Brasil, as mulheres executam 78% do trabalho doméstico, dedicando 33,5 horas por semana, ou seja, quase 5 horas diárias de acordo com um estudo de pesquisadores noruegueses (www.noticias.uol.com.br).

Assim sendo, a pesquisadora Mergler (*apud* Brito, 1997) considera que “Gênero” deve ser considerado determinante das condições de trabalho ao invés de uma simples forma de classificar os trabalhadores. Ela discorda do modelo estatístico epidemiológico de tratar “sexo” como variável independente, pelo motivo deste não levar em conta construções sociais no gênero que definem situações de trabalho e modos de vida.

Há que se levar em conta também o fato de muitos estudos científicos levarem em consideração somente o aspecto reprodutivo da mulher e mesmo recentemente, “a produção científica sobre os efeitos do trabalho sobre a saúde das mulheres persiste minoritária” (Aquino e col 1995).

Desde a infância, as mulheres são socializadas de maneira a cultivar a docilidade, a paciência, a resistência para o trabalho monótono e repetitivo e, desta forma, “é provável então que a relação das mulheres com o trabalho como fonte de sofrimento e também de prazer seja profundamente marcada por esse processo de socialização” (Aquino e col 1995).

Percebemos também que apesar da DORT diagnosticada, muitas trabalhadoras demonstram desejo de voltar a trabalhar, uma vez que este é um importante espaço de “integração social, constituição da individualidade, satisfação pessoal” e fonte de sobrevivência. Não trabalhar implica em perda de reconhecimento social (que repercute em sua autoestima), além da autonomia financeira e do “*status* de trabalhadoras” (Neves, 2006). A doença implica numa combinação de dimensões físicas e existenciais, enfermidade do corpo e sofrimento humano e, embora embasada em ciências naturais, a Medicina como forma de atividade está contida em domínios materiais e morais (Good, B. 1990) e este aspecto não pode em nenhum momento ser negligenciado.

Helman (2006) pontua que nós, seres humanos temos de maneira simbólica dois corpos, sendo um corpo individual (físico e psicológico, adquirido ao nascer) e outro social, necessário ao convívio num grupo cultural. Através deste corpo social obtemos referências para interpretarmos experiências físicas e psicológicas. Define sua forma, tamanho, indumentária, alimentação, posturas e comportamento na saúde e na doença, bem como na reprodução, no trabalho ou no lazer. Diferentes sociedades constroem distintas imagens do corpo: no Ocidente, o corpo é formado por órgãos individualizados, que podem eventualmente ser removidos e substituídos (ex: transplantes).

Porém no caso dos pacientes acometidos por DORT este raciocínio não se aplica, pois a ciência ainda não dispõe de recursos para substituir mãos, punhos, cotovelos ou pescoços doentes. Deve então, de alguma forma, o trabalhador se conformar com o seu sofrimento?

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à sua importância social e econômica, há a necessidade de se criar instrumentos (como questionários) mais simples e claros e desta forma mais acessíveis a indivíduos de baixa escolaridade, para o necessário prosseguimento da investigação dos componentes da DORT num universo de sujeitos mais abrangente. Há, sobretudo, necessidade de incorporar outros modelos de pesquisa.

Lembramos que o “conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado” (Minayo, 1988).

Há necessidade também de um olhar especial para a mulher trabalhadora, já que o gênero feminino é o mais acometido por este distúrbio, com a finalidade de realizar novas pesquisas de investigação e mesmo intervenção, a fim de criar tecnologias assistivas e preventivas mais eficientes (Neves, 2006).

Embora DORT seja multicausal (com participação de fatores físicos, psicossociais e administrativos), fatores subjetivos não mostraram significância neste estudo, o que reforça a importância de aspectos físicos no diagnóstico e gênese desta doença. Podemos considerar também que desqualifica a crença de tratar-se de um distúrbio psicossomático, somatização ou simples “conversão histórica”.

A homogeneidade dos grupos escolhidos nesta pesquisa parece suficiente para considerar que o comportamento assertivo não parece estar relacionado aos quadros de DORT, como fator “protetor” ou componente

emocional intrínseco de pacientes acometidos. Perde-se assim, um componente comportamental passível de intervenção, que poderia atuar preventivamente em relação a esta doença. Conclui-se então que intervenções nos aspectos físicos e administrativos do ambiente laboral ainda não podem ser desprezadas: “... É preciso ter claro que só o dimensionamento adequado do mobiliário de trabalho não previne problemas do sistema músculo-esquelético, porém a sua inexistência pode levar à adoção de posturas e métodos de trabalho que poderão provocá-los e agravá-los.” (Maeno e col, 2001), porém uma visão limitada dos fatores causais, focada unicamente em aspectos biológicos, mostra-se inadequada para a compreensão do papel dos fatores psicossociais na etiologia e como estes interagem com as causas físicas (Caprara, 2003).

Em suma, o trabalho deveria significar para todos o exercício da criatividade, bem-estar e auto-realização, e não doença, desgaste físico ou emocional, exploração ou dominação (Carloto, 2000) e todos nós, profissionais da área de saúde ou não, temos um papel fundamental e certamente de potencial transformador neste processo. Cabe-nos, portanto, “trabalhar” em prol da causa, com sincero envolvimento.

V. BIBLIOGRAFIA

Adam P e Herzlich C (2001) **Sociologia da Doença e da Medicina** EDUSC

Alberti RE e Emmons ML (1983) **Comportamento Assertivo. Um guia de auto-expressão.** Belo Horizonte Interlivros

Alexandre TS (2005) **Determinantes de qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho** Trabalho de Conclusão de Curso UNIFESP São Paulo

Almeida MCCG Características emocionais determinantes da LER in Codo W e Almeida MCCG (org) (1995) **LER Lesões por Esforços Repetitivos** Petrópolis Vozes

Aquino EML, Menezes GMS, Marinho LFB (1995) Mulher, Saúde e trabalho no Brasil: Desafios para um novo agir **Cad. Saúde Pública** 11 (2) Rio de Janeiro abr./jun. ISSN 0102-311X

Argyle M (1984) **Comunicação e Dinâmica de Grupo: Bases Psicológicas** (Trad. A. Minicucci) São Paulo: Ibrasa

Barreto M (2006) **Violência, Saúde e Trabalho (uma jornada de humilhações)** PUCSP

Bittencourt YMS (1991) A falta de assertividade como fator de contribuição para o aumento das DST **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** abr/jun 3 (2): 47-8

Brito J (1997) Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero **Cad . Saúde Pública** v. 13 supl.2 Rio de Janeiro p 141-144 ISSN 0102-311X

Brito JC e D'Acri V (1991) Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde **Cad. Saúde Pública** 7 (2) Rio de Janeiro abr./jun

Boguchwal B, Ferraz CG (1999) Avaliação psicológica em pacientes com dor crônica. **Revista de Medicina** São Paulo 78 (2 pt.1): 115-21

Caballo VE (2002) O treinamento de habilidades sociais. Em VE Caballo (Org) **Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento:** 361 a 398: Santos

Caprara A (2003) Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença **Cad. Saúde Pública** 19 (4) Rio de Janeiro jul./ago ISSN0102-311X

Carloto CM (2000) **Saúde da Trabalhadora: Doenças não Reconhecidas e Sofrimento** Tese de Doutorado PUCSP

Chagas A e Juang HC (2004) Tratamento do Distúrbio Ósteo-Muscular Relacionado ao Trabalho através da Acupuntura **Coletânea SMBA-SP**, 1: 372-3

Ciconelli RM (1997) Tradução para o português e validação do questionário genérico de Avaliação de Qualidade de Vida: “Medical Outcomes Study 36 item short-form health survey (SF-36)”. **Tese de Doutorado**. UNIFESP/EPM, São Paulo, 145p

Deliberato PCD (2002) **Fisioterapia Preventiva** Manole

Duarte LFD e Leal OF (1998) Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas **Coleção Antropologia e Saúde** Fiocruz Rio de Janeiro

Echeburia E (1997) **Vencendo a Timidez** Mandarim

Falcone E (2000) Habilidades sociais: Para além da assertividade. Em R. C. Wielenska (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos**. São Paulo: SET Editora Ltda. Vol 6

Falcone, EO (2001) Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. Em H.J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs). **Sobre o comportamento e cognição. Expondo a variabilidade**. Santo André: ESEtec.

Falcone EO (2002) Contribuições para o treinamento em habilidades de interação. Em H. J. Guilhardi; M.B.B.P. Madi; P. P. Queiroz; M. C. Scoz (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: ESEtec.

Geremias JJ (2002) A influência das características anátomo-físicas no aparecimento das lesões por esforços repetitivos em uma linha de produção
Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos

Ghislene AP e Merlo ARC (2005) **Psicologia: Reflexão e Crítica**
Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação 18 (2) Porto Alegre maio/agosto ISSN 0102-7972

Gillen T (2001) **Assertividade** São Paulo Nobel

Goleman D (1995) **Inteligência Emocional** Rio de Janeiro: Objetiva

Good, BJ (1990) **Medicine, rationality, and experience** (An anthropological perspective) Cambridge University Press

Grandjean E (1998) **Manual de Ergonomia** Bookman

Helman CG (2006) **Cultura, Saúde & Doença** Artmed 4ª edição

Hirata H (2002) **Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade** Boitempo Editorial

Iida I (1997) **Ergonomia: Projeto e Produção** Edgard Blücher Ltda

Jensen LK e Kofoed LB (2002) Musculoskeletal Disorders among Floor Layers: Is Prevention Possible? **Applied Occupational and Environmental Hygiene**. 17 (11) November 01

Lima MEA, Araújo JNG e Lima FPA (1997) **L.E.R Lesões por Esforços Repetitivos: Dimensões Ergonômicas e Psicossociais** Health

Mac Donald LA, Karasek RA, Punnett L, Scharf T (2001) Covariation between workplace physical stressors: evidence and implications for occupational health research and prevention **Ergonomics** 44 (7) June 10

Maciel RHM Ergonomia e Lesões por Esforços Repetitivos in Codo W e Almeida MCCG (1995) **Lesões por Esforços Repetitivos** Petrópolis Vozes

Maeno M, Almeida IM, Martins M, Toledo LF, Paparelli R **Dilemas, polêmicas e dúvidas sobre LER/DORT** www.prevler.com.br acesso em 07/04/2004

Maeno M e col. (2001) **LER/DORT: Dilemas, Polêmicas e Dúvidas** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador Ministério da Saúde, Brasília

Maeno et col. (2001) **Saber LER para Prevenir DORT** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde, Brasília

Martins RM (1998) LER Perfil de um local de alta incidência **Dissertação de Mestrado** Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Maruani M e Hirata H (2003) **As Novas Fronteiras da Desigualdade: Homens e Mulheres no Mercado de Trabalho** SENAC

Mestre M (2001) Habilidades Sociais e Comunicação **Psicologia Argumento** Curitiba 19 (29) Outubro 33-37

Minayo MCS (1988) Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia **Cad. Saúde Pública** 4 (4) Rio de Janeiro out./dez. ISSN 0102-311X

Nelson e Hayes (1986) **Conceptual foundations of Behavioral Assessment** The Guilford Press, London

Neves IR (2006) LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde **Cad. de Saúde Pública** 22 (6) Rio de Janeiro jun.

NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health (1997) **Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors** U. S. Department of Health and Human Services

Osborne DJ (1998) **Ergonomics at Work** Wiley

O'Neill MJ (2001): **LER/DORT: Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - O Desafio de Vencer** PREVLER, São Paulo

Pasquali L e Gouveia VV (1990) Escala de Assertividade de Rathus – RAS: adaptação brasileira/ Rathus Assertiviness Scala – RAS: Brazilian adaptation **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 6 (3): 233-49, set-dez

Rabelo MCM, Alves PCB e Souza IMA (1999) Experiência de Doença e Narrativa **Coleção Antropologia e Saúde** Fiocruz Rio de Janeiro

Ranney D (2000) **Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho** Roca

Ribeiro MJFX (1990) Assertividade: Avaliação e Desenvolvimento entre Universitárias **Tese de Doutorado** Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Roback H, Frayn D, Gunby L, e Twters K (1972) A multifactorial approach to the treatment and ward management of a self-mutilating patient **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry** 3: 189-193

Rotella RJ e Tengan SK (1999) Aspectos psíquicos relacionados à dor neuropática. **Revista de Medicina** São Paulo 78 (2 pt.1): 122-3

Sontag S (2007) **Doença como metáfora AIDS e suas metáforas** Companhia de Bolso

Silveira ML (2000) **O nervo fala, o nervo cala: a linguagem da doença** FIOCRUZ Rio de Janeiro (Coleção Antropologia e Saúde) 124 p

Teixeira MJ, Marcon RM, Figueiró JB (1999) Epidemiologia Clínica da dor. **Revista de Medicina** São Paulo (2 pt.1): 36-52

Trelha SC, Carvalho RP, Franco SS, Nakaoski T, Broza TP, Fábio TL, Abelha TZ (2004) Arte e Saúde: Frequência de Sintomas Músculo-Esqueléticos em Músicos da Orquestra Sinfônica da Universidade Estadual

de Londrina **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 25, p. 65-72, jan/dez.

Uchoa E e Vidal JM (1994) Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública** 10 (4) Rio de Janeiro out./dez. ISSN 0102-311X

Waldenström M, Theorell T, Ahlberg G, Josephson M, Nise P, Waldenström K, Vingard E (2002) Assessment of psychological and social current working conditions in epidemiological studies: experiences from the MUSIC-Norrköping study **Scandinavian Journal of Public Health** 30 (2) June 01

Ylipää V, Arnetz BB e Preber H (1999) Predictors of good general health, well-being, and musculoskeletal disorders in Swedish dental hygienists **Acta Odontologica Scandinavica** 57 (5) December 7: 277-82

BBC Brasil.com. www.noticias.uol.com.br/bbc acesso em 15/10/2007 B
“Mulher faz 78% do trabalho doméstico no Brasil, diz estudo”

www.uol.br/prevler/news acesso em 27/07/2004 Pastore in O’Neill
“Quanto custa evitar custos”

www.uptodateonline acesso em 21/03/2008 Peterman AH e Cella D
“Evaluation of health-related quality of life”

CÓDIGO _____

ASSERTIVIDADE

Adaptação Da Escala De Rathus

Silva e Diksztejn

Baseada no estudo de Pascoli & Gouveia (1991)

Utilizando o código abaixo indique até que ponto cada uma das afirmações da lista o descrevem ou o caracterizam:

- +3 Condiz muitíssimo comigo
- +2 Condiz bastante comigo
- +1 Condiz um pouco comigo
- 1 Não condiz muito comigo
- 2 Não condiz quase nada comigo
- 3 Não condiz nada comigo

- ___ 1- A maioria das pessoas parece ser mais agressiva e assertiva do que eu.
- ___ 2- Eu tenho hesitado em marcar ou aceitar encontros por causa de minha "timidez".
- ___ 3- Quando a comida servida em um restaurante não é do meu agrado eu reclamo ao garçom ou garçonete.
- ___ 4- Eu tomo cuidado para evitar magoar os sentimentos das pessoas, mesmo quando sinto que fui ofendido.
- ___ 5- Se um vendedor faz um grande esforço para me mostrar mercadoria que não é exatamente o que eu queria tenho dificuldade em dizer "Não".
- ___ 6- Eu procuro progredir na vida tanto quanto a maioria das pessoas em minha posição profissional.
- ___ 7- Para dizer a verdade, as pessoas freqüentemente tiram vantagem de mim.
- ___ 8- Freqüentemente não sei o que dizer a pessoas atraentes do sexo oposto.
- ___ 9- Eu hesitaria em fazer chamadas telefônicas para estabelecimentos comerciais e instituições.
- ___ 10- Eu preferiria escrever um carta para pedir emprego ou admissão em uma instituição do que submeter-me a uma entrevista cara a cara.
- ___ 11- Eu acho embaraçoso devolver mercadorias defeituosas.
- ___ 12- Se um parente próximo e respeitado estiver me aborrecendo, prefiro abafar meus sentimentos do que expressar meu aborrecimento.
- ___ 13- Tenho evitado fazer perguntas por receio de parecer ignorante ("burro").

- ___ 14- As vezes, durante uma discussão, tenho receio de ficar tão aborrecido (transtornado) e começar a tremer todo.
- ___ 15- Se um conferencista famoso e respeitado faz uma declaração que penso estar incorreta, farei com que meu ponto de vista seja igualmente ouvido.
- ___ 16- Eu evito discutir preços com balconistas e vendedores.
- ___ 17- Quando faço alguma coisa importante ou que vale a pena, eu dou um jeito para que as outras pessoas fiquem sabendo.
- ___ 18- Se alguém vem espalhando histórias falsas a meu respeito eu procuro, o mais rápido possível, para termos uma conversa sobre o assunto.
- ___ 19- Eu freqüentemente tenho dificuldade em dizer "Não".
- ___ 20- Eu tento reprimir minhas emoções ao invés de fazer uma cena ("um escândalo").
- ___ 21- Em um restaurante em qualquer lugar eu reclamo do serviço quando o acho deficiente.
- ___ 22- Quando recebo um elogio, às vezes, não sei o que dizer.
- ___ 23- Se um casal perto de mim, em um teatro ou em uma conferência, estiver conversando alto eu pediria para ficarem quietos ou irem conversar em outro lugar.
- ___ 24- Sou rápido para expressar uma opinião.
- ___ 25- Existem momentos quando não consigo dizer coisa alguma.

Inverter sinais das questões: 3, 6, 15, 17, 18, 21, 23, 24, 25

1- QUESTIONÁRIO DO SF-36:

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente..... 1
- Muito boa..... 2
- Boa..... 3
- Ruim..... 4
- Muito ruim..... 5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**? (circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3

C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguinte problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma..... 1

Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ? (circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se						

sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)? (circule uma)

- Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Uma pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivam ente verdadeiro	A maioria das vezes verdadei ro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivame falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ORIENTAÇÕES PARA PONTUAÇÃO DO SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5 =>1.0
03	Soma normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6.0 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=>2.2 6=>1.0
08	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Se 8=>1 e 7=>1 =====>6</p> <p>Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>5</p> <p>Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>4</p> <p>07 não</p> <p>Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>3</p> <p>respondida</p> <p>Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>2</p> <p>Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>1</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>1=>6.0</p> <p>2=>4.75</p> <p>3=>3.75</p> <p>4=>2.,25</p> <p>5=>1.0</p> </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <p>Se a questão</p> <p>for</p> </div> </div>
09	<p>A, D, E, H = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade = A + E + G + I</p> <p>Saúde Mental = B + C + D + F + H</p>
10	Soma Normal
11	<p>Soma de:</p> <p>A + C (valores normais)</p> <p>B + D (valores contrários: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

Item	Questão	Limites	Score Range (variação)
Capacidade Funcional	3	10, 30	20
Aspecto Físico	4	4, 8	4
Dor	7 + 8	2, 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5, 25	20
Vitalidade	9 A, E, G, I	4, 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2, 10	8
Aspecto Emocional	5	3, 6	3
Saúde Mental	9 B, C, D, F, H	5, 30	25

Row Scale:

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade Funcional = 21
Valor mais baixo = 10
Variação = 20

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

Dados Perdidos:

Se responder a mais de 50% = substituir pela média

0 = pior score 100 = melhor score

Identificação (iniciais): _____ Idade: _____
Estado Civil: _____ Filhos: () Sim Quantos ____ () Não
Profissão: _____ Tempo de exercício: _____
Escolaridade: _____
Renda individual aproximada (opcional): _____
Renda familiar aproximada (opcional): _____
Data da entrevista: ____/____/2007

Grupo: () I : com diagnóstico de DORT
() II: sem diagnóstico de DORT, em condições de risco (responder somente às perguntas 6 e 7)
() III: sem diagnóstico de DORT, sem condições de risco (idem)

1. Há quanto tempo tem diagnóstico de LER/DORT?
2. Como começou? Como está?
3. O que acredita que causou esta doença?
4. Que tratamento realizou? Qual o resultado?
5. O que esta doença representa/representou em sua vida? (aspectos pessoais, familiares, laborais, econômicos, sociais...)
6. O que significa a palavra **Saúde** para você?
7. O que significa a palavra **Doença** para você?

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](#)