

ARTIGO DE REVISÃO

AS VÁRIAS FACES DAS LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO E DAS DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO

Some faces of the cumulative trauma disorders related to the work

Cristiane Lisboa Leolatto¹, Laura Cavalcante de Farias Brehmer², Fernanda Alves Carvalho Miranda³

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de verificar a produção de conhecimento, dos últimos 10 anos, relacionada às Lesões por Esforço Repetitivo e das Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Buscou-se identificar as principais causas descritas para o surgimento dessas doenças e suas principais consequências, bem como identificar o que a literatura propõe para a promoção e proteção da saúde do trabalhador. A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Científica Eletrônica *on line*, em fevereiro de 2011. Essa classe de doenças ocupacionais é causada, principalmente, por ritmo excessivo de trabalho, sobrecarga e falta de ergonomia. Os principais fatores de risco são a baixa escolaridade e renda familiar e a segregação de gênero no trabalho. As consequências mais comuns são a desestruturação psicológica e o sentimento de incapacidade. Como principais formas de tratamento foram apresentadas a abordagem em grupos e a abordagem holística. A prevenção concentra-se na intensificação da vigilância em saúde do trabalhador.

PALAVRAS CHAVE: Saúde do Trabalhador; Transtornos Traumáticos Cumulativos; Doenças profissionais.

ABSTRACT

It is an integrative review of literature with the objective of verifying the production of knowledge of the past 10 years, related to Repetitive Strain Injury and Work Related Musculoskeletal Diseases. We tried to identify the main causes for the emergence of these described diseases and their main consequences, and identify what the literature proposes to promote and protect worker health. The search was conducted on the basis of data from the Scientific Electronic Library online, in February 2011. This class of occupational disease is caused mainly by excessive pace of work overload and lack of ergonomics. The main risk factors are poor education and family income and gender segregation at work. The consequences are the most common sense of disruption and psychological disability. The main forms of treatment were presented in groups to approach and holistic approach. Prevention focuses on strengthening the health surveillance of workers.

KEY WORDS: Occupational Health; Cumulative Trauma Disorders; Occupational Diseases.

¹ Cristiane Lisboa Leolatto, Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do Município de Herval D'Oeste, Santa Catarina. Especialista em Saúde da Família pelo UNASUS - UAB / Universidade Federal de Santa Catarina.

² Laura Cavalcante de Farias Brehmer, Enfermeira Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Fernanda Alves Carvalho Miranda, Fisioterapeuta formada pela Universidade do Estado de Santa Catarina em 2001; Especialista em Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia e Desportiva em 2002 pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão; Mestranda do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina na Área de Ciências Humanas e Políticas Públicas, na Linha de Pesquisa Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde, com ênfase em Fisioterapia na Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é foco de muitas discussões da área de atenção à saúde, bem como áreas afins, como da Previdência Social. Contudo, as ações e estratégias efetivas nos âmbitos da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho ainda são incipientes em muitas realidades brasileira e global.

As condições de trabalho, sobretudo a precariedade das mesmas ao longo da história do homem trabalhador, são discutidas e lutas por transformações e direitos foram emblemáticos. Historicamente, pode-se destacar o modelo econômico capitalista, no século XVIII e, no início do século XX, o desenvolvimento do modelo de produção Taylorista/Fordista.

Atualmente, os modelos de produção centrados no taylorismo/fordismo são potencializados por estratégias da denominada reestruturação produtiva, cujos mecanismos repercutem em condições insalubres de trabalho.¹

O clássico personagem de Charlis Chaplin, no filme *Tempos Modernos*, representou milhares de trabalhadores em seus turnos de trabalho, manual, repetitivo, acelerado e desgastante. O filme passa-se no início do século XX, satiriza o sistema capitalista, a globalização e o neoliberalismo, que tornam o capital competitivo e ansioso por mais e mais lucros. Decorrido aproximadamente um século, as mudanças não foram suficientes para proporcionar qualidade de vida aos trabalhadores.

Os danos dos modelos Taylorista/Fordista nos trabalhadores fragmentam, hierarquizam, racionalizam e padronizam o trabalho, levando estes trabalhadores muitas vezes à desmotivação, à alienação e a desequilíbrios nas cargas de trabalho.²

As doenças classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), apesar de consideradas males recentes, assumiram um caráter epidêmico. São doenças crônicas, de difícil terapia e que retornam a partir da retomada dos movimentos repetitivos. Suas consequências não se resumem ao ambiente de trabalho e repercutem no todo da vida do trabalhador.³

Essas doenças são lesões que afetam músculos, articulações, nervos, tendões, fâscias e ligamentos. Surgem de forma lenta, com dores suportáveis, porém, diante do processo de trabalho que não sofre alterações, o problema se agrava, podendo o trabalhador, ao final de algum tempo, ser afastado das atividades de forma temporária ou, em alguns casos mais graves, definitivamente.⁴

Para além de um olhar estritamente biológico da doença, seus condicionantes e suas repercussões físicas, o trabalhador carece de um olhar para a sua subjetividade. Cabe, no diagnóstico e na terapêutica das lesões ocupacionais, considerar o trabalhador a partir de como ele é e como ele sente sua dor.⁵

Nessa perspectiva, cabe aos profissionais de saúde atentar para os aspectos objetivos e subjetivos relacionados ao adoecimento do trabalhador, suas nuances individuais e coletivas, determinadas pelas condições de trabalho e sensibilizar-se para as repercussões física, social e mental.

A partir desse universo complexo, buscou-se delinear um escopo investigativo que, por meio de uma revisão da literatura científica nacional, respondesse a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os temas acerca das lesões ocupacionais do tipo LER/DORT foram evidenciados nos estudos publicados de 2000 a 2010?

O objetivo do estudo foi identificar, na literatura científica nacional, a produção do conhecimento acerca das lesões ocupacionais classificadas como LER/DORT em trabalhadores, em abordagens realizadas por estudos científicos desenvolvidos entre os anos 2000 a 2010.

Os estudos implementados cujo objeto tenha sido as lesões ocupacionais tipo LER/DORT representam um fomento à discussão e à formação de um corpus científico de extrema relevância para evidenciar o problema, especialmente para nortear e fundamentar as práticas assistenciais voltadas para a saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo revisão integrativa cujo objetivo é reunir a produção de pesquisas já realizadas sobre um dado assunto de forma a analisar e sintetizar o conhecimento já existente sobre o tema de estudo seguindo padrões de rigor metodológico e uma apresentação clara das características reais dos estudos incluídos na pesquisa.⁶

A revisão integrativa é composta por seis etapas distintas de forma a sistematizar a busca, o tratamento e a síntese dos dados: 1. Definição da pergunta norteadora; 2. Busca ou amostragem na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados; 6. Apresentação da revisão integrativa.⁷

Os estudos utilizados nessa revisão foram buscados na base de dados da Biblioteca Científica Eletrônica on Line - SciELO. A busca ocorreu no mês de fevereiro de 2011. Os critérios de inclusão foram: Estudos indexados com associação das palavras chaves: “Lesões por esforços repetitivos”; “Doenças osteomusculares relacionadas ao

trabalho”, “trabalhador”. Foram incluídas as publicações do período de 2000 a 2010 e em língua portuguesa. Foram identificados 21 estudos. Após a leitura prévia um (1) estudo foi eliminado por ser do tipo comunicação breve, destinada à categoria médica.

A discussão dos estudos analisados foi apresentada por categorias temáticas, buscando responder a questão norteadora do estudo, bem como os objetivos propostos.

DESENVOLVIMENTO

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são manifestações do ritmo excessivo, da sobrecarga e da falta de ergonomia, entre outros fatores associados às atividades laborais impostas ao sistema musculoesquelético. Essas atividades, se realizadas continuamente, têm efeito cumulativo no corpo humano, causam dores intensas, diminuição da sensibilidade do membro atingido, fadiga muscular e, em algumas situações, inflamação da estrutura afetada.⁸

Essas lesões podem causar incapacidade para as atividades laborais por um período determinado de tempo ou causar incapacidade permanentemente, bem como trazem consigo uma série de outras consequências, além das dores físicas.

LER/DORT são consideradas como expressões de desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as possibilidades humanas, tanto no que se refere à capacidade física como mental. O resultado dessa desproporcionalidade é um grande contingente de trabalhadores jovens, com dores crônicas, incapacitados, na maioria das vezes, no auge da sua força de trabalho, colocados à margem de qualquer possibilidade de ascensão social.⁹

Os estudos considerados nessa revisão de literatura acerca do tema das lesões do tipo *LER/DORT* convergem em aspectos comuns em relação aos principais aspectos dessas lesões, bem como contribuem na elaboração de uma análise de onde emergem questões fundamentais para a instrumentalização dos trabalhadores da saúde na atenção ao trabalhador.

Para organizar a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos, optou-se por dividir as contribuições dos estudos nas seguintes categorias: Fatores de risco para *LER/DORT*; *LER/DORT* como consequência da Reestruturação Produtiva e da ergonomia; Consequências de *LER/DORT* para a saúde mental do trabalhador; O cuidado integral e a abordagem em grupo no tratamento de *LER/DORT*; Estratégias de prevenção para *LER/DORT*.

Fatores de risco para *LER/DORT*

Entre os fatores de risco mais citados nos estudos, encontram-se: a diferenciação de gênero, pois a mulher tende a apresentar mais riscos para desenvolver doenças ocupacionais; a baixa escolaridade e a renda mensal baixa.^{1,9-11}

As mulheres, apesar de muitas vezes desempenharem funções que exigem menos força física, estão mais propensas a desenvolver doenças ocupacionais principalmente pela desvalorização social à qual a mulher ainda é submetida. A associação entre a ocorrência *LER/DORT* em mulheres justifica-se devido ao papel e à forma de inserção da mulher nas divisões social e sexual do trabalho. Perdura, em muitas realidades, em todo o mundo, a exploração da força de trabalho feminina, que foi inserida no mercado de trabalho sem ter a qualificação necessária, restando assim os postos de trabalho “chão de fábrica” cuja remuneração é mais baixa, o rigor das horas de trabalho maior, muitas vezes com serviço mais repetitivo e sistematizado, sendo exigidos ainda padrões mínimos de produtividade.³

Em diferentes setores do mercado de trabalho, a mulher trabalhadora recebe uma remuneração inferior aos salários pagos aos trabalhadores do sexo masculino. Mesmo em funções nas quais o esforço físico não é tão acentuado, as tensões, as exigências intelectuais e as disputas com outros profissionais podem trazer desequilíbrios posturais e musculares que podem ser agravados pelo ciclo cumulativo tensão-dor-tensão, contribuindo para o desenvolvimento de *LER/DORT*.

Outro fator, para justificar o grande número de mulheres atingidas por *LER/DORT*, corresponde à dupla jornada de trabalho. Em sociedades predominantemente machistas, apesar de a mulher dividir com o homem o papel de prover o sustento da família, continua sendo ela a responsável pelos afazeres domésticos, muitos deles desgastantes, repetitivos, rítmicos e que não oferecem condições ergonômicas adequadas.¹⁰

No cotidiano dos serviços de atenção básica à saúde, os profissionais atendem mulheres com jornadas de trabalho das mais variadas. A realidade econômica da família exige que a mulher estenda a sua jornada de trabalho em dois ou mais locais. São inúmeras histórias de subemprego, condição insalubre de transporte e locomoção entre os postos de trabalho e as consequências dessa rotina são o desgaste físico e emocional, predispondo ao surgimento de doenças ocupacionais.

Frente a esse retrato de exclusão social da mulher relacionada ao trabalho, pode-se perceber porque o mesmo ocorre com trabalhadores com nível de escolaridade

mais baixo e renda mensal mais baixa (até dois salários mínimos). Trabalhadores na base da pirâmide social, ou seja, com renda mensal máxima de dois salários mínimos estão mais expostos ao risco de desenvolver algum tipo de lesão laboral em comparação a trabalhadores com salários mais altos. A escolaridade é outro fator de risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais. Quanto maior o grau de escolaridade, maior eficácia das ações preventivas que visam diminuir as doenças ocupacionais. Suas considerações reforçam o caráter socialmente excludente das *LER/DORT*.³

As classes de trabalhadores da base da pirâmide social ainda enfrentam as dificuldades do processo de reabilitação das doenças ocupacionais como a *LER/DORT*. A assistência fisioterapêutica ainda é considerada uma intervenção reservada a classes sociais mais elevadas, portanto elitista. Políticas públicas como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem contribuir para a prevenção desses distúrbios nesse nível de atenção e, conseqüentemente, reduzir os encaminhamentos a outros níveis mais especializados. Essa organização da assistência tende a favorecer a resolubilidade e efetivação das redes de assistência.

Reestruturação Produtiva e ergonomia: causas para o desenvolvimento das *LER/DORT*

Na análise dos estudos, foi possível identificar dois fatores causais para a ocorrência das *LER/DORT* que corroboram diretamente os fatores de risco descritos acima: a reestruturação produtiva e a ergonomia.

A reestruturação produtiva pode ser compreendida e descrita como o processo em que as empresas elegem, como eixo principal, o trinômio: demissões em massa, automação e terceirização.¹²

Esse processo tornou os trabalhadores mais empenhados em realizar suas funções a contento do empregador de modo a garantir o seu posto de trabalho, aumentando assim a pressão por melhores desempenhos, a intensificação da produção, e trazendo o modelo japonês de produção para o nosso cotidiano. A incorporação de programas de Qualidade Total e Kanban, dentro de políticas de gestão que se mantêm verticalizadas, autoritárias e muito hierarquizadas e, em geral, em ambientes insalubres, sustenta o processo de reestruturação produtiva.¹¹

As doenças ocupacionais tornaram-se uma epidemia a partir da entrada, nos processos produtivos, do modelo de acumulação flexível, da reestruturação produtiva e da terceirização. As doenças ocupacionais expressam a precariedade e o sofrimento do trabalhador em seu processo

de trabalho, a prevalência do problema é considerada uma epidemia e alvo de preocupação da saúde pública.¹³

Outra consequência da reestruturação foi o excessivo contingente de trabalhadores buscando manter-se ativo nos postos de trabalho. Com a baixa oferta de empregos e alta demanda de trabalhadores, ocorreu a precarização das condições de trabalho, sobretudo dos salários. Os trabalhadores passaram a atender as exigências do novo mercado para preservar seu emprego. A automação, a evolução dos maquinários e a informatização trouxeram benefícios para o cotidiano dos homens, tal como a agilidade dos serviços, no entanto cobrou seu preço, quando, por conta dos avanços tecnológicos, aumentou o número de doenças ocupacionais.

Os avanços da tecnologia trouxeram, além das facilidades e dos benefícios, problemas à saúde do trabalhador. As mudanças na organização do trabalho estão em primeiro plano nesse processo, ou seja, as inovações tecnológicas não se constituem isoladamente como vilões no processo de trabalho, mas a forma como este se organiza é determinante para a saúde ou para o adoecimento do trabalhador.¹⁴

Um fator amplamente relacionado como uma das causas das *LER/DORT* é a inadequação do trabalhador com o local e os equipamentos a serem utilizados por este durante o período de produção. A falta de condições ergonômicas para um trabalhador que passará longos turnos executando uma mesma tarefa inevitavelmente causará danos a sua saúde.

As características físicas do local de trabalho também influenciam a saúde do trabalhador, pois não se pode trabalhar bem em ambientes insalubres, com exposição ao excesso de calor ou frio, bem como em ambientes mal iluminados ou sem ventilação.¹³

A adequação do posto de trabalho ao trabalhador é necessária, mas há que se considerar também o porte físico adequado para o posto e função que o funcionário desenvolverá, além de suas habilidades e anseios. A conscientização para essas questões pode ser de competência dos profissionais da atenção básica, viabilizando encontros entre trabalhadores e empregadores para um processo de educação em saúde. Momentos a serem desenvolvidos em rodas de conversas com trocas e orientações específicas às realidades, ou ainda com informações sobre quais profissionais poderiam ser contratados pelas empresas para as adequações.

Como forma de minimizar os problemas relacionados com a ergonomia e prevenir o surgimento de lesões, faz-se necessária uma maior atenção às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e nas condições dos mobiliários, bem como é imprescindível

disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando à redução da incidência dos problemas osteomusculares.¹⁴

Cada vez mais os profissionais da área da saúde escolhem, como especialização profissional, a área da saúde do trabalhador. Todos os profissionais de saúde são atores diretos na prevenção das lesões osteomusculares. É necessário garantir o treinamento dos profissionais da área da saúde para o conhecimento de como avaliar ergonomicamente o trabalho realizado por pacientes com suspeita de *LER/DORT*.¹⁵

Outro aspecto importante para minimizar as lesões decorrentes do trabalho no sistema musculoesquelético seria o aumento da fiscalização nos ambientes de trabalho, para que as recomendações preventivas e de controle de riscos previstas na legislação fossem efetivamente empregadas e aplicadas. O profissional apto a essas capacitações e apoio à equipe multidisciplinar são os fisioterapeutas. Porém, como dito anteriormente, ainda não é devidamente reconhecido e/ou disponibilizada sua assistência nesse nível de atenção à saúde, principalmente em caráter público e gratuito. Em outros casos os profissionais da atenção básica desconhecem as potencialidades de atuação do fisioterapeuta, quadro que tende a ser modificado com a inclusão desses profissionais nos núcleos de apoio e atuação interdisciplinar.

Consequências de *LER/DORT* para a saúde mental do trabalhador

Dois aspectos foram amplamente discutidos pelos estudos da amostra dessa pesquisa. O primeiro refere-se ao sentimento de inutilidade e incapacidade frente não apenas ao aspecto laboral, mas também diante da vida e o segundo aponta o abalo mental cuja progressão dos sintomas dolorosos e dos sentimentos de inadequação e incapacidade social são consequências das lesões decorrentes do trabalho. Esses dois fatores se inter-relacionam e geram muitas vezes o isolamento social, visto que a capacidade de produzir, de trabalhar, de ser útil, é um aspecto importante para a sociedade em que vivemos. O portador de *LER/DORT* muitas vezes é submetido ou se submete à exclusão social.

Pensar os efeitos das *LER/DORT* na saúde dos trabalhadores implica pensar no lugar atribuído ao trabalho em nossa sociedade, a importância que este assume na produção da subjetividade e também nos modos de adoecer dos trabalhadores.¹⁶

As dores crônicas são repercussões frequentemente relatadas pelos trabalhadores acometidos por lesões do tipo *LER/DORT*. A principal consequência da dor crônica

é a incapacidade para as atividades profissionais, sociais e familiares. O comportamento do indivíduo com dor crônica é caracterizado por sinais físicos da doença e pela ocorrência de depressão, ansiedade, insegurança, hostilidade, adoção de posturas introvertidas e do período de repouso com consequências financeiras e sociais.⁴

Com a desestruturação de todos esses aspectos da vida, a probabilidade de se desenvolverem sintomas depressivos e de ansiedade cresce muito. As lesões físicas estendem-se para o âmbito psicológico e mental do trabalhador.

O sentimento de invalidez assombra o imaginário dos trabalhadores que sofrem de *LER/DORT* e, associado a esse medo, os trabalhadores experimentam o sofrimento no trabalho e em outros panos da sua vida.¹⁷

Não é raro encontrar pacientes portadores de doenças ocupacionais constantemente nas salas de espera das unidades de saúde, pois, além de buscar o alívio para a dor e outros sintomas físicos, buscam ainda atendimento e amparo psicológico, na tentativa de aliviar suas angústias, ansiedades e frustrações geradas por estes sentimentos de não ter mais um papel a desempenhar na sociedade. Sentimentos como esses descritos acima, relacionam-se à sensação de inutilidade com sentimento de morte social e de perda de identidade.¹⁸

O período de descoberta e do diagnóstico de *LER/DORT* pode ser comparado a um calvário, representado pela dor, pelo preconceito que sofrem os trabalhadores e pelo medo. Medo da exclusão social, medo de não poder mais ser útil e, principalmente, medo da perda do emprego e todas as implicações sociais que isto possa trazer.¹⁹

Como consequências, podemos citar ainda as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores diante do sistema previdenciário, onde mais uma vez os sentimentos de desamparo e inutilidade vêm à tona. No confronto entre as políticas de saúde, empresários e médicos, o trabalhador doente tem sido visto como aquele que apresenta queixas inexistentes ou que pretende obter ganhos secundários com seu problema.²⁰

Muitos trabalhadores são submetidos a mais uma peregrinação por consultórios e perícias, precisando novamente provar que realmente são acometidos pelos sinais e sintomas que relatam. O trabalhador precisa, constantemente, reafirmar sua condição frente ao sistema previdenciário e produtivo, sempre em busca de laudos de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais.¹⁷

A assistência é, em grande parte, descontextualizada com a realidade desse indivíduo, ambiental, familiar, laboral ou social, sem acolhimento a suas necessidades e anseios. Isso torna sua condição e tratamento ainda mais

angustiante, pois percebe que não haverá resolubilidade nesse processo, mesmo sem entender conscientemente os motivos desse insucesso.

O cuidado integral e a abordagem em grupo no tratamento de LER/DORT

Os textos estudados convergem para duas abordagens de tratamento mais resolutivas para o tratamento da LER/DORT: O cuidado integral e a abordagem de grupo.

O tratamento para a LER/DORT inicia-se a partir de um diagnóstico preciso. Processada essa etapa, é necessário tratar os sinais e sintomas de forma holística e integral, o que não se verifica na grande maioria dos casos, pois se restringe a tratar a dor, desprezando muitas vezes os fatores sociais e psicológicos da patologia. A persistência dos sintomas demonstra a pouca eficácia de tratamentos.¹¹

É possível compreender a dificuldade de muitos profissionais em trabalhar de modo integral, considerando o indivíduo integralmente, não apenas como um sintoma. A formação dos profissionais da área da saúde permanece fundamentada no modelo biomédico e assistência fragmentada. Contudo, nos últimos anos, muitas são as iniciativas para transpor esse modelo e consolidar o modelo preconizado pela ESF para a atenção integral à saúde.

O modelo clínico ou biomédico não deixa espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais que teriam influência na doença. Tem, portanto, suas bases num reducionismo biologicista, no qual as doenças são caracterizadas por um agente etiológico reconhecido, um grupo de sinais e sintomas identificáveis e alterações anatômicas consistentes. Essa preocupação pela objetivação da doença, que possibilitou à biomedicina constituir-se enquanto saber científico, ocasionou o seu distanciamento dos interesses do doente.²¹

Outro fator que dificulta o alcance dos objetivos no tratamento é a ocorrência de uma nova peregrinação, quase sempre entre consultório médico e clínica de fisioterapia, novamente visando apenas o alívio da dor.

Em indivíduos com dor crônica, a inadequação do tratamento fisioterapêutico utilizado para esses pacientes e a falta de uma abordagem interdisciplinar repercutem em não resolução dos quadros algícos, períodos extensos de tratamento fisioterapêutico, sobrecarga do serviço público de saúde e repercussões no âmbito emocional e socioeconômico desses trabalhadores.⁹

O tratamento fisioterapêutico desejado apresenta um aspecto importante a ser considerado nas políticas públicas, serviços públicos e, principalmente, pela própria categoria

profissional. Fisioterapeutas devem perceber que o modelo assistencial que insistem em perpetuar, o biomédico, não responde às necessidades dos assistidos. Indivíduos diferentes exigem estratégias terapêuticas distintas. Mas, para isso, há que se considerar que são indivíduos complexos (biopsicossociais), em contextos ambientais, laborais e familiares variados. Deve-se, também, fortalecer a terapêutica que melhor intervém sobre os movimentos do corpo, a cinesioterapia, associando-a a outros recursos pouco dispendiosos, mas de grande valor terapêutico, como massoterapia, automassagem, calor superficial, contrastes e crioterapia. Além disso, ampliar o lócus assistencial, compondo equipes interdisciplinares para contribuir para melhor assistência e não agindo como se tivesse “mando” absoluto sobre a situação ou reabilitação.

O tratamento recomendado deve ser o multiprofissional e as medidas não farmacológicas constituem forma importante de intervenção para a reabilitação dos portadores de LER/DORT.²²

O tratamento de LER/DORT deve levar em consideração não apenas os sintomas da doença, mas o indivíduo (ou um grupo de doentes), considerando a patologia, o ambiente em que este está inserido e sua cultura, promovendo a reabilitação através do cuidado integral.⁹

Além do cuidado holístico, outro fator apontado como primordial na recuperação do trabalhador com LER/DORT é a participação deste em grupos de discussão com outros portadores da patologia. O trabalho em grupo objetiva desenvolver os aspectos sadios dos adoecidos e, por meio de um processo de identificação, torna possível ressignificar a LER/DORT, segundo um referencial coletivo, reduzindo o nível de angústia e proporcionando o suporte emocional para a reconstrução da identidade abalada pela doença.²³

A participação em grupos possibilita ao portador de LER/DORT quebrar o estigma da inutilidade, utilizando-se de novos conhecimentos para ressignificar seus conceitos de saúde, lidando de maneira mais eficaz com a dor crônica.¹¹

As representações do (re)significar apresentam-se como subverter-se ao “calar”, reconhecer a condição de doente, mas repudiar a condição de inválido. É voltar a produzir, porém não mais fazer sacrifícios que coloquem seu próprio corpo em risco em prol das demandas do trabalho. É, também, dar respostas claras na direção de não esperar, de braços cruzados, pela cura que reedita biografias de exploração do corpo pela produção.¹⁷

Esse processo de ressignificação de sua saúde por parte do portador de uma lesão laboral pode ser descrito como o

grande objetivo dos profissionais de saúde, pois, com isso, ele retoma sua autonomia frente às limitações da doença. A melhora de um indivíduo repercute positivamente em todo o grupo e suas condições de saúde, pois o ambiente de reabilitação passa a compor um novo vínculo social e este também pode ser considerado para a contextualização do processo saúde-doença dos indivíduos.

Estratégias de prevenção para LER/DORT

Os estudos da amostra desta pesquisa abordaram de forma incipiente as estratégias de prevenção. Basicamente, as discussões foram delineadas acerca da responsabilidade do setor saúde na atenção às doenças ocupacionais. As ações assistenciais voltadas para a saúde do trabalhador ainda não estão totalmente incorporadas às rotinas dos serviços de saúde, sobretudo na esfera da atenção básica à saúde. A atenção básica, enquanto porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), deve se voltar às ações de promoção a saúde e prevenção de agravos também no âmbito da saúde do trabalhador.

A gravidade e a amplitude das lesões classificadas em LER/DORT vêm tornando estes agravos prioridade no campo da vigilância em saúde do trabalhador com o objetivo de propor e implantar ações voltadas para o conhecimento dos ambientes de trabalho e para a reabilitação.²⁴ Conforme já assinalado, o fisioterapeuta pode contribuir para a identificação de casos prevalentes nas comunidades e ainda capacitar outros profissionais para questões pertinentes às doenças ocupacionais.

É primordial o envolvimento das entidades de classe e dos movimentos sociais interessados na saúde do trabalhador em lutas por uma assistência de qualidade e, especialmente, pela prevenção das doenças ocupacionais.¹⁷

O principal fator na prevenção das doenças ocupacionais é oferecer ambientes saudáveis para os trabalhadores, promovendo a ergonomia, as pausas para exercícios laborais e para descanso, a diminuição do ritmo, a diversificação das tarefas, a diminuição da carga horária, entre outros. Sem negligenciar o processo de educação em saúde a ser desenvolvido, oportunizar momentos de troca de saberes, populares e técnicos, entre trabalhadores e profissionais, evitando a verticalização da assistência e a dificuldade de aderência, promovendo a autonomia dos indivíduos diante de suas condições de vida e saúde.

Como foi comentado anteriormente, existe uma preocupação emergente relativa à saúde do trabalhador, evidenciada no desenvolvimento de especializações para diferentes profissionais da área da saúde nesta área especí-

fica do conhecimento a fim de promover a prevenção do surgimento de doenças ocupacionais e, entre elas, a LER/DORT.

Cabe ressaltar a corresponsabilidade assumida por todos os profissionais frente às demandas advindas do mundo do trabalho. A organização do trabalho em saúde necessita destinar espaços em suas agendas para a saúde do trabalhador. Estes, muitas vezes, são excluídos de ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças por estarem envolvidos com suas atividades de trabalho, ficando impossibilitados de destinar parte do seu tempo para o cuidado de si. As parcerias entre empresas e serviços de saúde são estratégias para aproximar esses setores e promover o vínculo entre trabalhadores e a saúde, mitigando os riscos e a ocorrência de lesões laborais.

CONCLUSÃO

Com esta revisão de literatura foi possível detectar alguns avanços no campo da saúde do trabalhador. Entre eles, podemos citar as especializações e pós-graduações específicas nesta área e as contribuições que variadas profissões podem conquistar com um trabalho interdisciplinar, mesmo sem formações específicas. Contudo, muito ainda há que se discutir nesse campo.

As LER/DORT configuraram um problema de saúde pública ainda em crescimento, pois o foco segue sendo assistencialista, centrado nos sinais e sintomas do paciente, com base no atendimento de profissionais voltados em sua maioria ao modelo biomédico, gerando com isso repercussões limitadoras para a assistência integral à saúde.

O cuidado fragmentado trata apenas a dor física referida, não considera as implicações socioculturais e psicológicas oriundas da patologia. Esse tipo de atenção à saúde pode agravar ainda a condição de saúde do sujeito, pois torna-o vulnerável e susceptível à ansiedade, à depressão e a outros transtornos de humor.

Ações de prevenção às doenças ocupacionais ainda são incipientes no âmbito dos serviços de atenção básica a saúde. Falha essa que, de certa forma, vem de encontro ao interesse dos empregadores, pois com a reestruturação da produção estes têm interesse em manter linhas de produção. Os serviços são executados em largas escalas e em períodos curtos, por uma reduzida quantidade de funcionários. Como consequência, encontramos alguns grupos com maiores risco de desenvolver problemas laborais, entre os quais destacam-se as mulheres, devido principalmente à dupla jornada e a desvalorização da mão de obra feminina que perdura através do tempo, e

os trabalhadores com renda baixa e pouca escolaridade, novamente configurando o quadro de exclusão social como forte fator que predispõe para ocorrência de *LER/DORT* no trabalhador.

Como forma de melhorar a atenção a saúde do trabalhador, faz-se necessário fomentar estratégias de promoção à saúde e de prevenção do surgimento das doenças ocupacionais, intersetorialmente, com as empresas. Os empregadores são corresponsáveis pela saúde dos trabalhadores e devem prover condições dignas e humanizadas de trabalho e, junto aos trabalhadores, devem fazê-los conhecer os riscos a que são submetidos.

Tais estratégias voltadas ao bem estar e à saúde do trabalhador devem ser incentivadas e discutidas pelos sindicatos de trabalhadores e órgãos que os representam, bem como pela atenção básica que está iniciando sua caminhada no que se refere a este grupo de pessoas.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem ampliar a resolubilidade no tratamento desses casos, buscando maior interação, para capacitação ou mesmo assistência interdisciplinar, com profissionais dos NASF, instituídos em muitos municípios pelo Brasil desde 2008. O apoio para prevenção, ergonomia e reabilitação pode ser realizado pelo fisioterapeuta; instituição de ginástica laboral por educadores físicos; apoio e tratamento psicossocial entre psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais e tantos outros profissionais em atuações interdisciplinares, não fragmentadas, mas interligadas em processos a serem estabelecidos entre os envolvidos, profissionais e usuários. Essas soluções ampliam não só a resolubilidade nesse nível de atenção como caracterizam e reafirmam o modelo assistencial preconizado pelo SUS, em prol da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Neli MA. Reestruturação produtiva e a saúde do trabalhador: um estudo com os trabalhadores de uma indústria avícola [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006. 110f.
2. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 508-14.
3. Salin CA. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em Perspectiva.* 2003; 17(1): 11-24.
4. Pessoa JCS, Cardia M.G, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com *LER/DORT*, participantes do grupo PROFIT-*LER*: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(3): 821-30.
5. Borsoi ICF, Santos AOR, Acário SHA. Trabalhadores amedrontados, envergonhados e (in)válidos: violência e humilhação nas políticas de reabilitação por *LER/DORT*. *Rev Psicol Política.* 2006; 12(6).
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Revisão Einstein.* 2010; 8 (1Pt1):102-6.
8. Chiavegato Filho LG, Pereira JR. *LER/DORT*: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(14): 149-62.
9. Caetano VC, Cruz DT, Leite ICG. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com *LER/DORT* em Juiz de Fora, MG. *Fisioter Mov.* 2010; 23(3): 451-60.
10. Varela CDS, Ferreira SL. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de *LER/DORT* em Salvador-Bahia 1998-2002. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(3): 321-5.
11. Merlo ARC, Jacques MGC, Hoefel MGL. Trabalho de grupo com portadores de *LER/DORT*: relato de experiência. *Psicol Reflex Crit.* 2001; 14(1):253-8.
12. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(12): 2949-58.
13. Ghisleni AP, Merlo ARC. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicol Reflex Crit.* 2005; 18(2): 171-6 .
14. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(3): 364-73.

15. Alencar JF, Coury HJCG, Oishi J. Aspectos relevantes no diagnóstico de *dort* e fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(1): 52-8.
16. Merlo ARC, Vaz MA, Spode CB, Elbern JLG, Karkow ARM, Vieira PRB. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicol Soc.* 2003; 15(1):117-36.
17. Neves RF, Nunes MO. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com *LER/DORT*. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(30):55-66.
18. Verthein MAR, Gomez CM. O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas *LER*. *Physis.* 2000 dez; 10(2):101-27.
19. Barbosa, MAS, Santos RM, Trezza MCSF. A vida do trabalhador antes e após a lesão por esforço repetitivo (*LER*) e doença osteomuscular relacionada ao trabalho (*DORT*). *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5): 491-6.
20. Alvares TT, Lima MEA. Fibromialgia: interfaces com as *LER/DORT* e considerações sobre sua etiologia ocupacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(3): 803-12.
21. Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancine MC, Parreira VF. Um olhar sobre as *LER/DORT* no contexto clínico do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(1):49-56.
22. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(2): 235-41.
23. Takahashi MABC, Canesqui AM. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(5): 1473-83.
24. Lima MAG, Neves R, Sá S, Pimenta C. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(1): 163-73.

Submissão: agosto/2011

Aprovação: janeiro/2012
