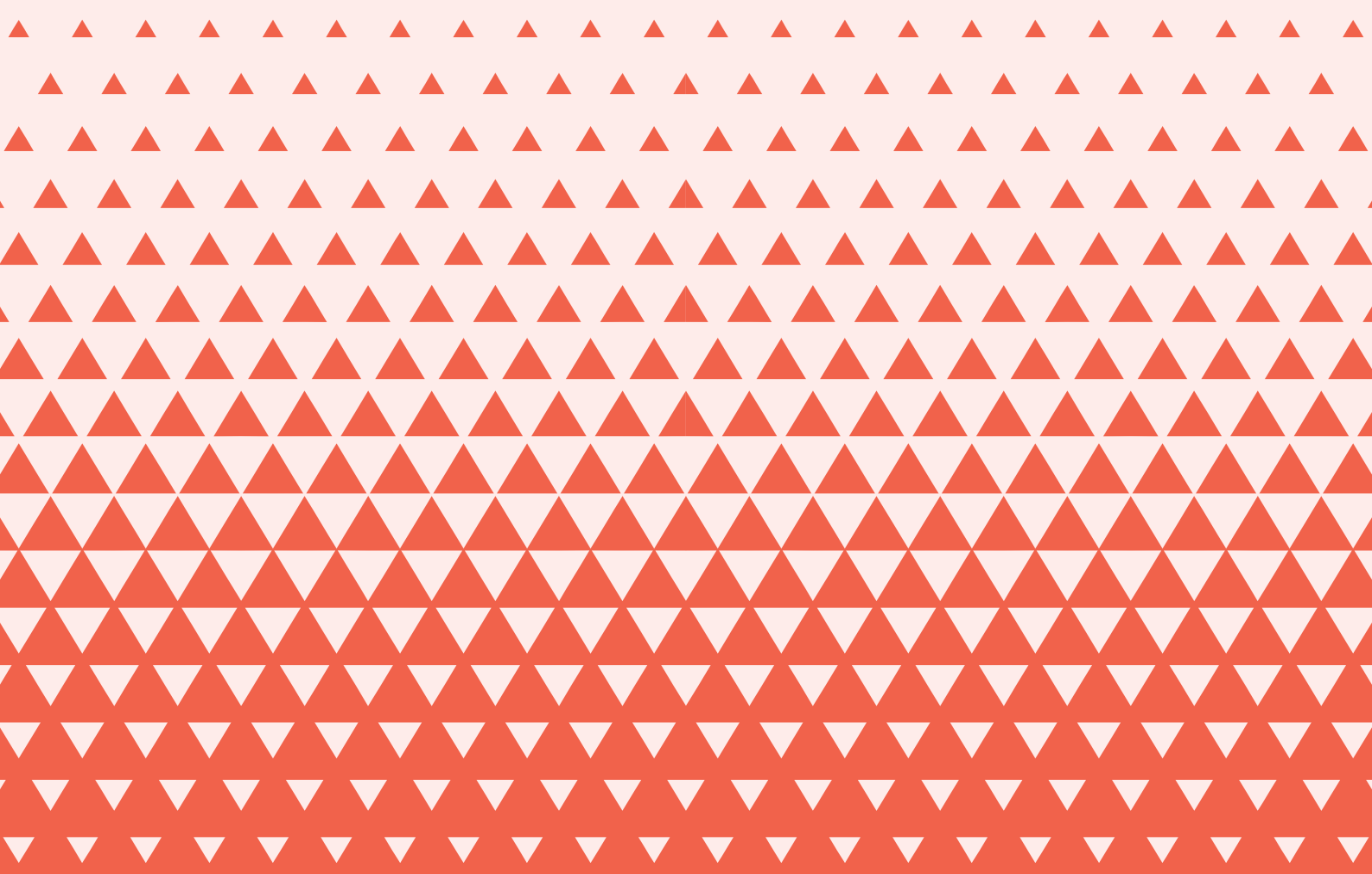


SAÚDE DO TRABALHADOR:

REALIDADES, INTERVENÇÕES E POSSIBILIDADES

NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ORGANIZADORAS:

**LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES,
SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG**



SAÚDE DO TRABALHADOR: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde



Reitora

Carmen Lúcia de Lima Helfer

Vice-Reitor

Eltor Breunig

Pró-Reitor de Graduação

Elenor José Schneider

Pró-Reitora de Pesquisa
e Pós-Graduação

Andréia Rosane de Moura Valim

Pró-Reitor de Administração

Dorivaldo Brites de Oliveira

Pró-Reitor de Planejamento
e Desenvolvimento Institucional

Marcelino Hoppe

Pró-Reitor de Extensão
e Relações Comunitárias

Angelo Hoff

EDITORA DA UNISC

Editora

Helga Haas

COMISSÃO EDITORIAL

Helga Haas - Presidente

Andréia Rosane de Moura Valim

Felipe Gustsack

Hugo Thamir Rodrigues

Marcus Vinicius Castro Witczak

Olgário Paulo Vogt

Rafael Eisinger Guimarães

Vanderlei Becker Ribeiro



Avenida Independência, 2293

Fones: (51) 3717-7461 e 3717-7462

96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS

E-mail: editora@unisc.br - www.unisc.br/edunisc

Luciane Maria Schmidt Alves
Suzane Beatriz Frantz Krug
(Organizadoras)

**SAÚDE DO TRABALHADOR: realidades, intervenções e
possibilidades no Sistema Único de Saúde**

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2017

© *Copyright*: do autor
1ª edição 2017

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Editoração: Clarice Agnes, Caroline Fagundes Pieczarka
Arte da capa: Denis Ricardo Puhl (Assessoria de Comunicação e Marketing da UNISC)

S255 Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / organizadoras, Luciane Maria Schmidt Alves, Suzane Beatriz Frantz Krug. 1. ed. – Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2017.

Dados eletrônicos

Texto eletrônico

Modo de acesso: World Wide Web: <www.unisc.br/edunisc>

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-7578-452-5

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde do trabalhador. 3. Saúde pública. I. Alves, Luciane Maria Schmidt. II. Krug, Suzane Beatriz Frantz.

CDD: 613.62

Bibliotecária : Edi Focking - CRB 10/1197

SUMÁRIO

PREFÁCIO	8
<i>Dr. Alvaro Crespo Merlo</i>	
APRESENTAÇÃO	10
<i>Luciane Maria Schmidt Alves, Maria Luisa Macedo, Suzane Beatriz Frantz Krug</i>	
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	
AS LER/DORT NA VISÃO DO TRABALHADOR ADOECIDO: UM ESTUDO DE CASO	15
<i>Carolina Griesang, Hildegard Hedwig Pohl</i>	
EXPOSIÇÃO AO AGROTÓXICO E PERDA AUDITIVA: UMA REVISÃO	33
<i>Fabiane Zardo Brettas, Maria Carlota Borba Brum</i>	
SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	46
<i>Patrícia de Souza Fagundes, Karine Perez</i>	
SAÚDE E DISFONIA VOCAL, FATORES ASSOCIADOS EM PROFESSORES DE UMA ESCOLA ESTADUAL DO INTERIOR DO RS	65
<i>Sueli Zandonato, Guilherme Görgen da Rocha, Hildegard Hedwig Pohl</i>	
TRABALHADORES ACOMETIDOS POR LER/DORT: BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA EM GRUPO NA UMREST DE SANTA CRUZ DO SUL	76
<i>Michele da Silva Hentges, Hildegard Hedwig Pohl</i>	



VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- DO TRABALHO INFANTIL ÀS LER/DORT: O PERFIL DOS TRABALHADORES ATENDIDOS NO CEREST/VALES** 87
Micila Pires Chielle, Suzane Beatriz Frantz Krug
- LEPTOSPIROSE OCUPACIONAL: PERFIL DE TRABALHADORES DA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE ESTRELA/RS** 113
Liza Lyszkowski do Amaral, Suzane Beatriz Frantz Krug
- O MUNDO (IN)VISÍVEL DOS TRABALHADORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA REGIÃO DA 8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE** 129
Solange Terezinha Alves de Oliveira, Luciane Maria Schmidt Alves, Suzane Beatriz Frantz Krug
- SUBNOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO: PROPOSTA DE AÇÃO JUNTO A UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO TAQUARI / RS** 149
Ana Maria Bianchini, Maria Luisa Macedo
- VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO EM POSTOS DE COMBUSTÍVEIS NA REGIÃO DOS VALES: A EFETIVIDADE DESSA AÇÃO** 164
Rosemari Santi, Hildegard Hedwig Pohl
- O TRABALHADOR DA SAÚDE**
- A HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL** 179
Maria Clara Adam Lanz, Luciane Maria Schmidt Alves
- SAÚDE DO TRABALHADOR NAS PONTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): INTERVENÇÃO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE** 201
Cristiane Saueressig, Karine Perez



**ACIDENTES DE TRABALHO: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO
DA REALIDADE DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE** **211**

Luciana dos Santos Puhlmann, Suzane Beatriz Frantz Krug

**FATORES CAUSADORES DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** **225**

Joice Helena Wendt, Aline Fernanda Fischborn

CONTROLE SOCIAL

**CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE
DO TRABALHADOR NO RIO GRANDE DO SUL** **239**

Adriana Skamvetsakis, Maria Luisa Macedo

**IMPLANTAÇÃO DE COMISSÃO INTERSETORIAL
DE SAÚDE DO TRABALHADOR MUNICIPAL:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** **258**

Cristina Telles Silva, Suzane Beatriz Frantz Krug



PREFÁCIO

O que é conhecido como Saúde do Trabalhador, constituiu-se no Brasil a partir da iniciativa dos próprios trabalhadores. Isso aconteceu com a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) em 1979. As atividades e lutas deste organismo, vinculado aos sindicatos de trabalhadores, acabaram por conformar atividades de estudos e pesquisas, que ultrapassaram as intervenções até então realizadas a partir das diferentes profissões que atuavam nessa área fundamentalmente dentro das empresas. Mas, também, ajudou a definir e delimitar a intervenção do Estado brasileiro. As bases dessa intervenção foram lançadas em uma reunião organizada pelo Ministério da Saúde, na qual tive o privilégio de participar, realizada em dezembro de 2003 em Brasília, a partir da qual foram estabelecidas as principais definições do que viria a se constituir, posteriormente, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Assim, é com grande prazer que faço o prefácio do livro *Saúde do Trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde*, que se insere na tradição de um pensamento crítico em saúde.

Em primeiro lugar, pela importância da contribuição da obra. Ela é o resultado de um longo processo de orientação e pesquisa realizada pelos docentes e discentes da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Em segundo lugar, porque ela traz um aporte que precisa ser muito valorizado. Estamos bastante habituados a buscar o conhecimento em autores de referência internacional, o que certamente é necessário. Porém, esses pesquisadores voltam seus olhares para realidades sociais e de trabalho que costumam ser muito diferentes das nossas. Ensinar os alunos a buscarem o que tem de melhor no conhecimento humano em cada área certamente é a função de cada um de nós, pesquisadores e docentes. Mas, em se tratando de compreender o que se passa à nossa volta, é completamente insuficiente. Assim, construir um projeto, aprová-lo em uma banca acadêmica, ir a campo para buscar informações e construir o capítulo de um livro acadêmico, produz uma experiência insubstituível. E tem um outro aspecto que talvez seja mais importante ainda, que é o fato dos capítulos deste livro traduzirem um grande esforço para compreender e dar sentido às realidades regionais onde a universidade e os alunos estão inseridos. Isso é inestimável! Certamente é para isso que foi criada a UNISC e a publicação deste livro vai nesse sentido.

Ao passar os olhos pelos capítulos vemos que os docentes e discentes trataram



de questões regionais e, mesmo, locais. A variedade das temáticas estudadas e a especificidade dos campos mostram, certamente, a inserção dos próprios autores. Os leitores terão a possibilidade de compreender questões bastante variadas, tais como, patologias osteomusculares, intoxicações por agrotóxico, perda auditiva induzida pelo ruído, questões relacionadas à saúde mental (*Burnout*, estresse), disfonias, trabalho infantil, leptospirose, questões relacionadas a políticas de saúde do trabalhador e da saúde dos trabalhadores da saúde. E tudo isso com o olhar voltado para o mundo próximo dos autores!

É fundamental que essa publicação possa ser levada às comunidades que foram estudadas e debatida com elas. Não há nada de inexorável e imutável nas realidades que nos rodeiam. Os problemas e as dificuldades são apenas desafios, que devem nos fazer parar, organizar o pensamento, pesquisar, sistematizar resultados e colocá-los a público. E, evidentemente, expô-los ao debate e à crítica. Isso é a essência da produção do conhecimento científico. E é isso que esta obra faz! Assim, estão de parabéns os autores e autoras deste livro, pela coragem e perseverança de chegarem até à versão final da obra.

Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo
Professor Titular
Faculdade de Medicina - UFRGS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional - UFRGS
Ambulatório de Doenças do Trabalho - HCPA



APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado do esforço de profissionais envolvidos com a Saúde do Trabalhador dos diversos municípios contemplados com um curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, financiado com recursos do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Macro Região dos Vales/RS (CEREST/Vales), no Rio Grande do Sul. Ressaltamos o apoio do controle social em Saúde do Trabalhador, dos gestores municipais, das Coordenadorias Regionais de Saúde e da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

Ao que se sabe, este Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador é pioneiro no Brasil, atendendo a uma demanda de implantação e fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na rede de serviços que compõem o Sistema Único de Saúde - SUS, construída de forma participativa nas esferas nacional e estadual. Nesse sentido, visa oferecer qualificação aos diferentes profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador, ao mesmo tempo em que espera possibilitar a integração ensino-serviço na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. A demanda pelo curso deve-se ao fato de que, ao ouvir e observar a maioria dos profissionais que estão atuando nesse campo, tem-se o consenso que a graduação não oferece a instrumentalização teórica e prática adequada às necessidades de atuação na Saúde do Trabalhador. Percebe-se, ainda, a importância da reflexão cotidiana sobre o que se faz em saúde do trabalhador e que novos conhecimentos sejam produzidos nessa área, na academia e nos serviços de saúde. Além disso, há relatos da dificuldade em olhar o paciente e estabelecer a relação entre doenças e agravos da saúde e o trabalho, para fins de planejamento, execução e avaliação de ações de atenção integral. Vê-se que os trabalhadores de saúde têm limites quanto à atuação junto ao controle social do SUS e ao incremento do protagonismo dos usuários-trabalhadores. A área da Saúde do Trabalhador necessita de profissionais de saúde preparados para atuar de modo interdisciplinar na vigilância, na atenção integral (assistência, sem descuidar da promoção e prevenção da saúde), bem como na construção de conhecimentos, capazes de gestão compartilhada do trabalho e voltados para a busca de reconhecimento da autonomia dos trabalhadores e garantia de direitos.

Diante dessa perspectiva tem-se como objetivos específicos, através da integração das dimensões teóricas, metodológicas e assistenciais: qualificar profissionais para a atuação na área de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência nos serviços do SUS que atendam trabalhadores expostos aos riscos e



agravos relacionados ao trabalho; estimular nos profissionais o desenvolvimento de um olhar que possibilite o reconhecimento da centralidade do trabalho na vida das pessoas, bem como a sua relação com o adoecimento; promover o conhecimento sobre o Controle Social visando à participação deste e dos próprios trabalhadores em todos os processos e etapas da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; abordar a importância do trabalho em rede na atenção à saúde dos trabalhadores; discutir o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, seus aspectos políticos, sociais, teóricos e metodológicos; refletir acerca da noção de trabalho no contexto contemporâneo e as implicações para as intervenções relacionadas à saúde; discutir as possibilidades de articulação intersetorial entre os diversos segmentos envolvidos com o processo saúde e trabalho; discutir o papel dos profissionais para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS; incentivar a produção científica sobre o campo das políticas públicas e sua articulação com a saúde dos trabalhadores.

O Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador foi planejado por profissionais da área da saúde envolvidos com o campo de saúde do trabalhador através da docência, professores do curso de Enfermagem e dos serviços, com os profissionais do CEREST/Vales e da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS), a fim de qualificar as práticas de saúde no Sistema Único de Saúde, com ênfase nas relações entre organização do trabalho e ambiente como determinantes do processo saúde-doença. Do ponto de vista da gestão de políticas públicas, teve um formato ascendente e integrou diversas instâncias decisórias a partir dos serviços. Foi incluído nos planos de ação do CEREST/Vales e da CIES 13 (Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da Região de Saúde 28/RS, órgão que qualifica o processo de gestão da educação em saúde), discutido e aprovado no Conselho Gestor do CEREST/Vales e na Comissão de Intergestores Regional/28/RS.

O curso, vinculado ao Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, foi desenvolvido para profissionais da rede SUS com formação de nível superior que atuam na saúde do trabalhador nos 68 municípios da região de abrangência do CEREST/Vales. Diante do elevado número de municípios pertencentes ao CEREST/Vales propôs-se duas edições para contemplar, pelo menos, uma vaga para cada município da área de abrangência, tendo CEREST e UMREST acesso a um número maior de vagas, a combinar conforme número de inscritos. O processo seletivo ocorreu sob responsabilidade do CEREST/Vales e das respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. Todos os 68 municípios e suas coordenadorias regionais conheceram a proposta, endereçada ao gestor e ao responsável pela vigilância em Saúde do Trabalhador. Até o momento somente a primeira edição do curso foi realizada.



Como critérios para seleção dos participantes do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador consideraram-se requisitos como a formação em ensino superior nas áreas afins do curso e atuação na saúde do trabalhador do SUS, em um dos 68 municípios pertencentes ao CEREST/Vales; deu-se prioridade para os profissionais da rede concursados, com indicação do gestor municipal e autorização para assistir as aulas, realizar as atividades de educação permanente em saúde do trabalhador e declaração de disponibilidade do candidato ao curso. Também foi critério de seleção optar por profissionais que possuíssem maior tempo de atuação na área de Saúde do Trabalhador e que não tivessem cursado especialização em Saúde do Trabalhador.

Todo o curso foi desenvolvido em 22 meses, a contar da contratação da universidade, com carga horária de 450 horas. Ocorreu em caráter presencial e à distância, sendo 75% das aulas realizadas nas dependências da instituição de ensino contratada e 25% nos locais dos serviços.

Uma parte dos docentes que ministraram o curso pertenciam ao quadro permanente de docentes da instituição de ensino e, outra parte, à rede de saúde e foram definidos conjuntamente entre instituição de ensino, Grupo de Trabalho de organização do curso, CEREST/Vales e 13ªCRS. A titulação, considerando o número de especialistas, de mestres e de doutores, respeitou os parâmetros preconizados.

Pensando na qualificação dos alunos e na aproximação teórico-prática estabeleceu-se, previamente, com os professores do curso que os critérios de avaliação da disciplina deveriam envolver trabalhos que aproximassem a teoria da realidade prática. Também foram consideradas a necessidade de Trabalho de Conclusão de Curso e a socialização dos estudos por meio de seminários para maior aproveitamento de todos.

Entre as disciplinas ofertadas pelo curso estão O MUNDO DO TRABALHO E A SAÚDE, destacando na ementa “desenvolver os aspectos conceituais do trabalho, refletindo sobre a multicausalidade dos agravos relacionados à saúde do trabalhador, a fim de reconhecer a vulnerabilidade e situações de risco no ambiente e processos produtivos, indicando medidas para promoção, proteção e cuidados de saúde”. A segunda disciplina, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, enfatiza o SUS e a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e seus aspectos políticos, sociais, teóricos e metodológicos. A terceira disciplina, MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, tem como ementa o fazer em Saúde do Trabalhador com base nos modelos assistenciais do SUS (três abordagens - análise dos modelos (conceito); redes; linha de cuidado); aborda a educação em saúde, promoção, prevenção e assistência em saúde do trabalhador, além de discorrer sobre como fazer um plano de trabalho/ação/projeto de atividade. A quarta disciplina, FISIOLOGIA, ERGONOMIA E ERGOLOGIA DO



TRABALHO, tem como ementa a influência do funcionamento dos diversos sistemas do organismo humano e ergonômicos adaptados ao trabalho. A quinta disciplina, AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO, PATOLOGIA E TOXICOLOGIA DO TRABALHO, tem como ementa o entendimento dos agravos relacionados ao trabalho, reconhecimento dos agentes tóxicos e doenças ocupacionais, segundo legislação vigente e relaçãonexo-causal dos agravos relacionados à saúde dos trabalhadores. A sexta disciplina, SAÚDE MENTAL E TRABALHO, tem como ementa a relação entre o sujeito e o trabalho; subjetividade, saúde, doença e sofrimento mental no trabalho. O trabalhador e suas expectativas quanto ao trabalho; natureza do trabalho; interação entre pessoas e organização. A sétima disciplina, METODOLOGIA DE ENSINO E PESQUISA, tem como ementa reflexões sobre os fundamentos teórico-metodológicos da pesquisa científica. Orientação para construção do projeto de pesquisa (prever nesta disciplina metodologias para construção de projetos de trabalho). A oitava disciplina, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, tem como ementa definições gerais da epidemiologia com ênfase na vigilância em saúde do trabalhador. A nona disciplina, VIGILÂNCIA NOS AMBIENTES DE TRABALHO, tem como ementa abordagens conceituais e práticas do fazer vigilância em saúde nos ambientes de trabalho. A décima disciplina, TRABALHO INFANTIL, tem como ementa conceitos, legislação, implicações para a saúde, epidemiologia relacionada ao tema, trabalho em rede, metodologias de ação e abordagem no combate ao trabalho infantil. A décima primeira disciplina, TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I, tem como ementa concepções teórico metodológicas para construção do projeto de pesquisa. Na décima segunda disciplina, DIREITO E SAÚDE DO TRABALHADOR, a ementa traz o conhecimento sobre a regulamentação das leis da previdência social, benefícios junto ao INSS, legislação e portarias vigentes; noções de direito do trabalho; regimes de trabalho; insalubridade (NR 15), periculosidade e penosidade crítica; laudo pericial e processo trabalhista; aposentadoria especial; legislação sanitária estadual e municipal. A décima terceira disciplina, O CONTROLE SOCIAL NO SUS, tem como ementa promover o conhecimento sobre o Controle Social visando à participação deste e dos próprios trabalhadores em todos os processos e etapas da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A décima quarta disciplina, SEMINÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR (VIVÊNCIAS, EXPERIÊNCIAS), tem como ementa abordar a importância do trabalho em rede na atenção à saúde dos trabalhadores. A décima quinta disciplina, TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II objetivou a construção do estudo em formato de artigo científico.

Durante o curso, a realização pelos alunos das atividades propostas em cada disciplina mostrou as diferentes realidades vividas por esses profissionais de saúde em seus municípios e propiciou, de modo presencial ou à distância - por meio da plataforma EAD – momentos de reflexão e possibilidades para planejamento e desenvolvimento de diversas ações no âmbito local.



As pesquisas de campo e revisões bibliográficas de todas as investigações apresentadas buscaram motivação na própria realidade, o que acena para os objetivos do curso.

Luciane Maria Schmidt Alves
Enfermeira-Mestre em Saúde Coletiva/ULBRA
Coordenadora, organizadora e docente do curso
Pós-graduação em Saúde do Trabalhador

Maria Luisa Macedo
Psicóloga - Mestre em Desenvolvimento Regional/UNISC
Organizadora e Docente do Curso Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador

Suzane Beatriz Frantz Krug
Enfermeira-Doutora em Serviço Social/PUC
Coordenadora, organizadora e docente do curso
Pós-graduação em Saúde do Trabalhador



AS LER/DORT NA VISÃO DO TRABALHADOR ADOECIDO: UM ESTUDO DE CASO

*Carolina Griesang¹
Hildegard Hedwig Pohl²*

INTRODUÇÃO

Os problemas decorrentes das Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT) consistem em um tema recorrente em diversos estudos, entretanto estão longe de serem resolvidos. Esses distúrbios musculoesqueléticos ocupam os primeiros lugares nas estatísticas de doenças ocupacionais, principalmente nos países industrializados. São de origem multifatorial e resultam de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas do trabalho e as capacidades individuais para cumprir essas demandas. Esse desequilíbrio é controlado pelas características da organização do trabalho (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

No Brasil são registrados 700 mil casos de acidentes de trabalho por ano, sem contabilizar os casos não notificados oficialmente pelo Ministério da Previdência, sendo considerados como acidentes de trabalho os acidentes típicos, acidentes de trajeto, doenças e transtornos relacionados ao trabalho. O país gasta cerca de R\$ 70 bilhões em acidente de trabalho anualmente. Assim, os casos de LER/DORT ocupam o segundo lugar entre as causas desses acidentes (BRASIL, 2012a). Dor, parestesias (frio, calor, formigamento ou pressão), sensação de peso e fadiga, principalmente nos ombros, são sintomas dessa doença que afasta cerca de 100 mil trabalhadores por ano, sendo considerada uma epidemia (BRASIL, 2012b).

As LER/DORT podem e devem ser prevenidas. No Brasil, desde a década de 80, vem se tratando da questão através de leis, normas regulamentadoras do trabalho e políticas públicas voltadas à Saúde do Trabalhador (ST). Na Constituição Federal de 1988, já estavam previstas ações em saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Depois, em 1990, a Lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamenta uma série de atividades a serem desenvolvidas no SUS na ST. (BRASIL, 1990) Posteriormente, também em 1990, levando em consideração as questões ergonômicas, esta regulamentação

1 Fisioterapeuta Cerest/Vales.

2 Educadora Física/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



concretiza-se na elaboração da Norma Regulamentadora 17 (NR17), específica sobre ergonomia no trabalho (ATLAS, 2015). Em 2002, através da Portaria GM Nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no âmbito do SUS. Logo após, em 2004, foram apresentados os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. (MTE/DRT-SP, 2008) Em 2012, a Portaria nº 1.823 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, como uma forma de harmonizar as ações de saúde do trabalhador com a PNSST (BRASIL, 2012d).

Todas essas estratégias visam melhorar a saúde do trabalhador e, como parte da ST, visam também diminuir os casos de LER/DORT, entretanto estes casos continuam a ser um desafio para as instituições ligadas à saúde, ao trabalho, ao emprego e à seguridade social. Tornam-se cada vez mais numerosos, principalmente entre os trabalhadores mais humildes, menos favorecidos e com baixa escolaridade. As dificuldades em relação às formas de prevenção se devem a algumas características dessas doenças: seu caráter insidioso, sua origem multicausal e multifatorial (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009). Depois de instalada as LER/ DORT são casos de difícil tratamento e muitas vezes levam o trabalhador à incapacidade temporária ou permanente. A abordagem desses casos deve ser multidisciplinar, porque envolve mudanças de vida da pessoa e muitas vezes também da família.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Portanto, o SUS deve dar suporte e tratamento aos trabalhadores acometidos de LER/DORT, não obstante, esse é um problema crônico, com tratamento de longo prazo e que requer atendimento de vários profissionais. Conquanto o trabalho no SUS tem se tornado difícil, pelo excesso da demanda, principalmente no que diz respeito a assistência à população. Por conseguinte torna-se necessário o investimento na prevenção das LER/DORT, pela cronicidade desse tipo de doença que inviabiliza, cada vez mais, suprir à quantidade de atendimentos necessários no SUS.

Dessa forma este estudo apresenta o problema a partir do olhar do próprio trabalhador, questionando-se qual seria sua visão sobre o seu trabalho, seu adoecimento e possíveis formas de prevenção da sua doença. Respondendo a tais questões os referidos trabalhadores poderiam revelar hipóteses como: o trabalhador percebe a relação entre seu trabalho e sua doença; o trabalhador não percebe a relação entre seu trabalho e sua doença; o trabalhador adoecido compreende como poderia prevenir sua lesão; o trabalhador adoecido não compreende como poderia prevenir sua lesão.

Diante dessas questões, este estudo tem como objetivo analisar, a partir do olhar



do trabalhador sobre o seu trabalho e adoecimento, as possíveis formas de prevenção da sua doença, pois somente este tem a experiência e reconhece intimamente o seu fazer e o seu sentir. Dessa maneira, o trabalhador que procura uma forma de prevenção da sua doença, também poderá dar um sentido a sua dor, tornando-se capaz de novas alternativas para o seu fazer individual e coletivo.

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO/DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO (LER/ DORT)

O registro de dor relacionada ao trabalho existe desde a antiguidade, mas foi por volta dos anos de 1700 que Ramazzini, considerado pai da Medicina do Trabalho, descreveu sobre vários ofícios e os danos à saúde relacionados a eles. A partir da revolução industrial os casos de LER/DORT tornaram-se cada vez mais numerosos, por causa do desequilíbrio entre as exigências do trabalho e a capacidade funcional dos indivíduos. Da segunda metade do século XX em diante, adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização e a inovação técnica na indústria (BRASIL, 2012c).

As LER/DORT são danos osteomusculares provenientes do uso excessivo do sistema musculoesquelético, sem tempo para recuperação. Caracterizam-se pelo aparecimento de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor, parestesias, sensação de peso e fadiga. Acomete geralmente os membros superiores, podendo estar presentes também na região da cintura escapular e da coluna vertebral, e mais raramente em membros inferiores. Essas lesões são adquiridas pelo trabalhador submetido a certas condições de trabalho. Frequentemente são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente (BRASIL, 2012c).

A contribuição da organização do trabalho

As características organizacionais do trabalho podem fazer surgir alguns sintomas, ao provocar um aumento da velocidade dos movimentos do corpo. Nessa situação, o trabalhador modifica seu comportamento, reagindo no sentido de trabalhar mais, utilizando uma força excessiva, com aumento da tensão muscular, ou reduzindo o seu tempo de pausa. Submetido à sobrecarga ocupacional, o sistema musculoesquelético se mantém em funcionamento até o limite em que reagirá com uma resposta inflamatória e dor. Essa resposta biológica pode ser um fator de proteção, diminuindo o uso da estrutura lesada, prevenindo maior lesão. No entanto, verifica-se que muitos trabalhadores possuem pouca autonomia no controle do trabalho, realizando suas tarefas, apesar da dor. O excesso da carga mecânica altera o equilíbrio e a recuperação desse sistema, conseqüentemente reverter esse



processo reativo dependerá da intensidade e da força das pressões exercidas, além do tempo de exposição (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

Submetido à sobrecarga ocupacional, o sistema musculoesquelético se mantém em funcionamento até algum limite de fadiga. Mantendo essa exposição, este sistema reagirá com uma resposta inflamatória, com o sintoma de dor. Essa resposta biológica pode ser um fator de proteção, diminuindo o uso da estrutura lesada, prevenindo maior lesão. No entanto, verifica-se que o trabalhador possui pouca autonomia no controle de seu trabalho, ultrapassando os limites dessa adaptação, realizando suas tarefas, apesar da presença da dor. O excesso da carga mecânica altera o equilíbrio e a recuperação desse sistema, conseqüentemente reverter esse processo reativo dependerá da intensidade e da força das pressões exercidas, além do tempo de exposição (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

A forma como o trabalho é estruturado e gerenciado - organização do trabalho - inclui práticas de supervisão e de produção e influencia o uso que o trabalhador faz de si para cumprir os objetivos da produção. Os componentes da organização do trabalho são: horários, pausas, duração da jornada, horários extremos, concepção da produção, complexidade, necessidade de habilidades e esforços, controle, relações interpessoais, perspectivas de carreira, estilo de gestão, características e cultura organizacional. Esses fatores podem se chocar com as características e as necessidades do indivíduo [...] O uso do corpo no trabalho pode estar orientado por estratégias voltadas para as metas da produção, em detrimento da própria saúde. (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009, p. 44-46).

As características organizacionais do trabalho por vezes vão moldando características da personalidade do trabalhador, as regras da gestão podem fazer surgir alguns sintomas, ao provocar um aumento da velocidade dos movimentos do corpo. Nessa situação, denominada de estresse organizacional, o trabalhador modifica seu comportamento, reagindo no sentido de trabalhar mais, utilizando uma força excessiva, com aumento da tensão muscular, ou reduzindo o seu tempo de pausa. São altíssimos os riscos de adoecimento quando não são consideradas as diferenças entre os indivíduos e as dinâmicas dos processos psicológicos (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

Saúde do trabalhador no Brasil

No Brasil, desde a década de 80, vem se tratando da questão principalmente no que se refere a questões ergonômicas, culminando em 1990 na elaboração da Norma Regulamentadora 17 (NR17), (MTE/DRT-SP, 2008). Esta Norma Regulamentadora estabelece critérios para adaptação das condições de trabalho



às características psicofisiológicas dos trabalhadores, proporcionando conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho da NR17 incluem aspectos relacionados ao levantamento de peso, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho (ATLAS, 2015).

Ao mesmo tempo, em 1990, foi promulgada a Lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei dá as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Começa-se a definir a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Dando seguimento à busca de melhorar a saúde dos trabalhadores, foi criada, em 2002, através da Portaria GM Nº 1679, de 19 de setembro de 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a ser desenvolvida no âmbito do SUS, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Essa rede tem como objetivo articular ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho (MTE/DRT-SP, 2008).

Logo após, em 2004, foram apresentados os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. Para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde (MTE/DRT-SP, 2008).

Em 2012, a Portaria nº 1.823 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), como uma forma de harmonizar as ações de saúde do trabalhador com a PNSST, “tendo como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e



a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012, p. 3).

Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST, desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores em sua área de abrangência; dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência; bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012d).

Não obstante às ações desenvolvidas no campo da saúde do trabalhador e às tentativas da consolidação da ST no Brasil, persistem condições de trabalho avessas ao objetivo de transformar os ambientes de trabalho em locais de promoção de saúde. Além disso, no espaço do trabalho cabe, em primeiro lugar, ao patrão (empregador) a responsabilidade de promover as condições de trabalho saudáveis e prevenir as doenças profissionais e os acidentes de trabalho. As normas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a legislação específica são muito claras nesta matéria, mas os objetivos econômicos e financeiros imediatistas criam práticas de sinal oposto (SILVA, 2011).

No que tange ao contexto das LER/DORT, há um longo caminho a ser percorrido no sentido da prevenção. A Fundacentro divulgou em boletim estatístico sobre os acidentes de trabalho, que a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), aponta que 2,4% dos entrevistados referiram diagnóstico médico de LER/Dort. Considerando o universo de 146,3 milhões de pessoas com mais de 18 anos representado pela pesquisa, estima-se que cerca de 3,5 milhões de pessoas têm ou já tiveram essa doença diagnosticada (MAIA, 2015).

A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também pesquisou sobre processos terapêuticos e de reabilitação, para o que se constatou que 906.363 (25,40%) dos entrevistados realizam ou realizaram algum tipo de exercício e/ou fisioterapia para minimizar os efeitos da LER/DORT, e quase 1.247.300 (35%) deles usaram ou fazem uso de tratamento com injeções ou medicamentos para esse mesmo fim. Com relação às limitações das atividades diárias causadas pela DORT, como dificuldades em trabalhar, ir ao trabalho, realizar afazeres domésticos e de autocuidado, como vestir-se e tomar banho, quase 16% dos entrevistados com LER/DORT referiram que essas limitações eram intensas ou muito intensas (MAIA, 2015).



MÉTODO

Este estudo é resultado de uma pesquisa qualitativa, caracterizada como um estudo de caso de grupo, que segundo Yin (2001) contribui de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. O estudo de caso vem sendo uma estratégia comum de pesquisa em situações que exigem a necessidade de compreender fenômenos sociais complexos permitindo uma investigação que mantém características holísticas e significativas dos eventos da vida real, como é o caso das relações do sujeito com seu trabalho e processos organizacionais do trabalho em que está inserido.

O grupo estudado compõe-se de pacientes adoecidos de LER/Dort, que estavam e/ou ainda estão em atendimento no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (Cerest/Vales). Os sujeitos que participaram do estudo são e/ou foram participantes do grupo terapêutico que acontece semanalmente na sala de fisioterapia do estabelecimento do Cerest/Vales, com um momento de conversa, compartilhando sentimentos e experiências, além de atividades físicas específicas para o tratamento das LER/DORT, incluindo a prática de ginástica chinesa. Os participantes já possuíam algum esclarecimento sobre sua patologia. Dessa maneira também foi valorizado o saber do trabalhador sobre seu trabalho, resgatando o seu valor como indivíduo e como sujeito inserido no coletivo.

As etapas desta pesquisa, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, com parecer de número 1.432.409, consistiram, inicialmente, de reunião com os candidatos à pesquisa, quando foram esclarecidos o conteúdo da mesma, seus objetivos e metodologia. Neste mesmo momento foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes que concordaram com os termos propostos e aderiram à pesquisa. Do mesmo modo, foram agendadas datas para a realização de entrevistas individuais.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada caracterizada por conter a maioria das perguntas abertas. As informações obtidas foram registradas por um gravador e as respostas verbais dos participantes foram transcritas na íntegra. Entre as questões da coleta de dados constaram as demográficas, como identificação de idade, número de filhos e perfil dos pacientes, assim como outras questões abertas a respeito de sua vida laboral, sintomas, tratamento e consequências das LER/Dort bem como de sua visão a respeito das causas e formas de prevenção das LER/Dort.

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados em formato de mapa conceitual e posteriormente analisados, inter-relacionando os conteúdos, revisitando a bibliografia sobre o tema, visando alcançar os objetivos da pesquisa: de conhecer com mais aprofundamento o mundo em que estes trabalhadores estão inseridos e têm adoecido; quais as repercussões dessas lesões na sua vida; e principalmente



que soluções eles teriam para prevenir o desencadeamento das patologias LER/Dort.

Com relação aos pacientes, estes foram identificados, neste estudo, com iniciais das primeiras letras do alfabeto, de A até a H. A primeira entrevistada, ou paciente 1, começava com inicial da letra A, recebendo o nome de Amanda, paciente 2, letra B, Berenice, e assim por diante, paciente 3 foi chamada de Carmem, paciente 4, Daiane, paciente 5, Eliza, paciente 6, Franciele, paciente 7, Gilberto e paciente 8, Hilda.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo tem seus resultados apresentados em duas partes, a primeira relacionada com o perfil dos entrevistados inter-relacionando aspectos dos resultados com a literatura, e uma segunda parte descrita por temas, trazendo o conhecimento do trabalhador como uma forma de aprofundamento da história laboral e da sua doença, do seu ambiente de trabalho, as relações sociais e de trabalho, abordando os assuntos mais significativos e incorporados na fala do trabalhador.

Perfil dos entrevistados

Os entrevistados da pesquisa foram oito pacientes que aderiram à pesquisa e preenchiam os requisitos para a mesma. Dentre eles sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variaram entre 40 e 57 anos. Quanto à escolaridade, cinco pacientes têm ensino fundamental incompleto, duas, ensino médio incompleto e uma com ensino médio completo. A maioria dos pacientes estava em situação de afastamento do trabalho onde suas últimas atividades laborais foram compostas por atividades de costura (três pacientes), da indústria metalúrgica (dois pacientes) e indústria do fumo (dois pacientes) e uma paciente que estava trabalhando de servente merendeira na ocasião da pesquisa. Dos oito entrevistados, sete iniciaram sua vida de trabalho na infância e uma na adolescência em situações inadequadas. Os sintomas de LER/Dort iniciaram entre as idades de 20 e 50 anos. Todos os pacientes referiram início dos sintomas nos membros superiores (TABELA 1). Sete dos entrevistados começaram a sentir os sintomas da LER/Dort em situações de aumento da produção e aumento do trabalho e um teve aumento dos sintomas ao estar mais estressado no trabalho.

LER/Dort e as mulheres

Os dados apresentam características comuns à literatura, como é o caso do grupo ser composto pela maioria de mulheres. Segundo Pessoa (2010) as mulheres são as mais adoecidas por LER/Dort, por questões físicas anatômicas – as mulheres



possuem menos fibras musculares e menos capacidade de armazenar e converter o glicogênio em energia; por questões organizacionais – os postos de trabalho ocupados por mulheres geralmente são menos qualificados. Além do que, elas têm menos acesso aos programas de treinamento, realizam trabalhos destituídos de conteúdo, fragmentados e executados em tempos impostos; por questões sociais – elas realizam uma dupla jornada de trabalho: trabalho externo e atividades domésticas, tornando-as mais suscetíveis a essa doença.

Tabela 1: Características dos sujeitos, das atividades laborais e dos inícios dos sintomas

Dados de Identificação				Atividade Laboral		Sintomas							
N	S	I	E	Última atividade	AT	I IT	1ª Atividade de T	I IS	1 ^{os} sintomas	Local IS	Ativ. Sint. Inic.		TT IS
1	F	45	FI	Costureira	S	9	Serviço doméstico e colheita do fumo	40	Dor e perda de força	Braço	Costureira		31
2	F	54	MC	Servente e Merendeira	N	9	Serviço doméstico, babá dos irmãos	20	Dor	Ombro	Telefonista		10
3	F	47	FI	Costureira	S	7	Serviço doméstico, babá dos irmãos	20	Dor	Braço	Cultivo e beneficiamento do fumo		13
4	F	55	FI	Safrista (Fumageira)	S	7	Roça e fumo	50	Dor e perda de força	Braços	Cultivo do fumo		43
5	F	57	FI	Safrista (Fumageira)	S	7	Serviço doméstico, babá, roça	44	Dor	Braços	Indústria de plástico		37
6	F	43	MI	Metalúrgica	S	7	Roça e babá	38	Dor	Braços	Indústria metalúrgica		31
7	M	51	FI	Metalúrgico	S	11	Vendia picolé, engraxava sapato, cortava grama	44	Dor	Braços	Indústria metalúrgica		33
8	F	40	MI	Costureira	S	14	Doméstica e babá	29	Dor	Punhos e trapézios	Costureira		15

N = Número do paciente; S = sexo; I = Idade; E = Escolaridade; FI = Ensino fundamental incompleto; MC = Ensino médio completo; MI = Ensino médio incompleto; AT = Paciente encontra-se afastado do trabalho; S = Sim; N = Não; I IT = Idade do início da atividade de trabalho; 1ª Atividade de T = Primeira atividade de trabalho; I IS = idade do início dos sintomas; 1^{os} Sintomas = Primeiros sintomas de LER/Dort; Local IS = Local do corpo onde iniciaram os sintomas de LER/Dort; Ativ. Sint, Inic. = Atividade de trabalho no período de início dos sintomas das LER/Dort; TT IS = Tempo de trabalho até o início dos sintomas de LER/Dort.

Fonte: Pesquisador – dados coletados em 2016.

Trabalho Infantil

Outra questão que aparece no perfil dos pacientes entrevistados é a do trabalho precoce. Segundo Paganini (2014) o trabalho infantil acarreta consequências profundas na vida das crianças e adolescentes, entretanto a percepção das consequências são observadas a longo prazo, o que dificulta a compreensão e percepção do problema. Além dos abalos causados à saúde da criança e do adolescente, o trabalho realizado



antes dos limites de idade mínima permitida afeta também a educação. Meninos e meninas que trabalham, na maioria das vezes, não frequentam a escola, e quando frequentam estão cansados devido ao trabalho e acabam não conseguindo se concentrar, dificultando o aprendizado.

Segundo Miquilin (2015), as crianças, além de estarem mais predispostas a serem exploradas em jornadas de trabalho longas, o que já é um fator de risco para agravos e adoecimento no trabalho, também as características físicas e psicológicas do seu desenvolvimento as tornam mais vulneráveis a acidentes e doenças. Além do mais, ao trabalho infantil estão associados: pior estado de saúde, mais internações hospitalares, e maior prevalência de doença da coluna, hipertensão, tendinites ou tenossinovite, depressão e artrite ou reumatismo, bem como mais afastamento das atividades habituais por motivo de saúde.

O significado do trabalho

Uma das questões abordadas na pesquisa foi sobre o significado do trabalho na vida dos pacientes, porque o trabalho está relacionado diretamente com a identidade pessoal e é fonte de sentido para a vida. O trabalho garante direitos de cidadania, traz realização de sonhos e projetos de vida, leva o indivíduo à independência, satisfação e saúde.

A narração dos pacientes confirma a literatura: Para Hilda: o trabalho é *Tudo... Tudo...; Pra mim significa tudo né, que sem trabalho, não tenho mais dinheiro, né. Como diz: “A gente não véve sem dinheiro”, né. Infelizmente é pagar exame, é comer, é remédio, né. Pra mim significa muita coisa o trabalho, bah, não tem nem explicação, sempre adorei trabalhar, sempre gostei de trabalhar, mas... (choro) diz (Carmem): É tudo né, sem trabalho não vem dim-dim e sem dim-dim a gente não come, né fala (Daiane): O trabalho é importante né, a gente trabalhar, a gente ser independente, sabe assim, ter um trabalho, uma coisa sabe, mas quando não dá não adianta né, mas isso eu tento até fazer alguma coisinha em casa, mas às vez tem dia que não dá, não rende, às vez tu não vende. Para Eliza: Significa dignidade né, significa... bastante coisa né, a gente, tipo necessita tá trabalhando né, se distrai, pára de pensar bobagem, né. Muita coisa, né. Para Gilberto: Pra mim era tudo porque minha vida era trabalhar: levantar de manhã, fazer meus serviço da casa, atender meu filho e trabalhar Franciele. Entretanto para Amanda trabalho significa medo e dor: O trabalho que eu exercia significa um medo pra mim, de ter que voltar e piorar, que foi muito forçado e a dor que eu sinto, eu sei que foi dali né. Acho que é um medo, um pânico de ter que voltar e costurar de novo. Não sei se eu ia conseguir mais.*



Violência e adoecimento no trabalho

O aumento de situações de violência no âmbito do trabalho vem se constituindo em um importante problema de Saúde Pública, que tem impacto na dignidade e na qualidade de vida dos trabalhadores, sendo apresentado como risco ocupacional. Alguns consideram como violência apenas os casos de ameaça ou agressão física, e outros, qualquer tipo de comportamento que venha a prejudicar os trabalhadores ou suas organizações. Ainda que presente em todos os setores ocupacionais, a violência no trabalho é considerada mais frequente nos espaços onde há predominância de mulheres, a elevada prevalência do problema está sendo nas profissões tipicamente femininas, em particular as exercidas por mulheres mais jovens e com menor nível de escolaridade (OLIVEIRA, 2008).

As entrevistas deste estudo revelam muitas formas de violência psicológica no ambiente de trabalho desde as mais sutis e veladas até xingamentos, humilhações e ameaças.

O caso da paciente Hilda parece ser o mais contundente neste aspecto quando relata: *Porque daí por modo da produção, daí começa a xingar... E daí mesmo que tu fala: "eu não posso", mas eles não querem saber. Daí se tu fez aquele dia aí tu vai fazer mais hoje... Não é respeitado o teu limite, tem que ir além, sempre além, não importa se eu tô com dor, eu tenho que fazer mais... Antes era 200 por dia, depois era por hora... É, tinha que fazer. Sobre a forma como eram tratados os funcionários: Olha dependia da auxiliar... a maioria era batendo na mesa gritando, a maioria era assim... é tudo nos grito, nos berro.*

E mais adiante nas questões relacionadas com as mudanças após a instalação das LER/Dort: *...eu fiquei mais de um mês assim, tipo excluída. Daí me botaram num canto assim, só pra... fazer etiqueta, eu acho. (choro)*

A produção era realizada no modelo de célula em que o trabalho de um funcionário dependia do trabalho do outro, com premiação para a célula que cumprisse as metas, instigando competitividade e pressão exercidas pelos colegas no seu fazer: *Fazia tipo assim um quadrado assim. No início era umas 10 costureiras... uma botava serviço pra outra... Se uma não fazia aí trancava tudo... daí eles começava, a pressão aumentava daí. Existia uma espécie de painel expondo as faltas, atrasos e atestados dos trabalhadores perante os colegas de trabalho: Quem não faltasse, não botasse atestado e não chegava atrasado ganhava. Quem colocava atestado e chegava atrasado ou faltasse daí eles fazia uma conta, daí ganhava menos ou às vezes não ganhava nada... É daí tinha no quadro lá. Dependesse do atestado ou das faltas daí já ia diminuindo 70%, ia diminuindo, ia diminuindo, às vez ganhava uns dois reais só... É botava num quadro assim bem grande de vermelho: quem faltava, né...*

E também havia algum tipo de bônus para os "escolhidos": *E daí tinha mais*



aqueles que ganhava o salário e ganhavam por fora... ia direto dentro do escritório e recebia mais. Mesmo que eu quisesse e alcançasse a produção, mas aquele que já era antigo vamos dizer da panelinha, ele ia lá no escritório às vez nem trabalhavam tanto que a gente trabalhava mas ele vinha lá e recebia por fora além do salário. Corroborando para um sentimento de menos valia e exclusão para quem não era da "turma dos escolhidos": É, e isso ali eu fui vendo que eu fazia serão tudo, mas eu nunca fui vista lá dentro.

Esse mesmo modelo de gestão encontra-se em outras narrativas dos pacientes de forma mais amena, mas com certo grau de opressão, como é o caso da paciente Amanda quando responde uma questão sobre as relações de trabalho na empresa: *Boa com os colegas boa, com a chefia estavam sempre reclamando de alguma coisa, nunca tava bom pra nenhum dos funcionários. Nunca fazia a quantidade certa. Só duas, duas da turma toda que eram as melhores pras chefes. Eu acho que não sei o que elas faziam, que elas conseguiam passar da produção.*

E com o agravamento da doença as relações no ambiente de trabalho ficavam ainda piores, tanto com relação ao superior como na relação entre os colegas de trabalho. No exemplo de Amanda, depois do agravamento dos sintomas da doença ela relata: *Fiquei bem mais vagarosa... Tinha muitas que diziam que a gente não tinha nada, né. Várias. Até que depois essas várias já começaram a sentir também. Agora ainda tão na empresa e tão assim começando a sentir as mesmas dor, né, mas tinham várias pessoas que ficavam olhando a gente diferente, comentando: tu não tem nada, só quer atestado, só quer ficar em casa.*

Carmem, com o agravamento das Ler/Dort:

Muda bastante, muda com o trabalho e os colega, muda a partir da hora que a gente começa a perder produção... Porque eu trabalho em esteira, né, daí tem uma produção, né. Se você tá na minha frente, tem que fazer a mesma quantia que eu faço pra mim ter, e se eu eu tô na tua frente tem que fazer a mesma quantia pra manda pra ti pra trás e assim vai indo, né, é obrigada a mandar o serviço, não pode parar. Daí como, quando dá uma dificuldade..., eu trabalho muito com o braço escorado pra eu poder aguentar trabalhar, porque não tem condições de ir trabalhar com ele sem tá apoiado. E daí muitas vezes vai começando travar tem que parar espichar o braço, essas coisas a gente não tem tempo. Se eu fizer por conta daí meu serviço ajunta, acumula, né. E isso a patroa não aceita nem o encarregado, né. Eles vêm, vêm e cobram de vereda e sabe, isso ali, me prejudica mais ainda. Se ela viesse e ajudasse a fazer um par ou dois que tá ali parado ali, ou fazer de conta que não viu eu consigo sair mais fácil disso ali, do que ela chegar e fala: "o que que tá acontecendo, que que aconteceu?" Eu não quero isso, sabe, daí eu não sei se é o estrese, o que que é, que daí ele para mais, o serviço tranca mais... É, o patrão e a encarregada, que tão de olho né... tão de olho e não..., assim ó, que



nem no meu caso, nem no escritório ela não chama pra ver o que que tá acontecendo, né. Que nem se eu tô trabalhando pra ti né, e eu vou no médico, tu vai perguntar como é que eu tô né, qual é o problema que tem e coisa né, ela não, ela só chega e diz, no meio dos colega vem e fala e deu, né. Foi o que ela fez comigo.

E Eliza: *Ah tinha muita gente assim que quando eu me queixava, até assim na fumageira mesmo, sabe, na safra quando eu ia sabe assim à vez eu pedia uma consulta pro médico eu tava que não me guentava sabe, até o próprio auxiliar... achava... que não queria, não tava com vontade de trabalhar, tava sempre indo no médico, mas é que só eu sabia as dor que eu tava sentindo, sabe, aí aquilo te botava cada vez mais pra baixo sabe, aí tu te sentia mal.*

Causas das LER/Dort

A etiologia dos casos de LER/Dort é multifatorial, nesses casos é importante analisar os vários fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. Os fatores de risco não são necessariamente as causas diretas de LER/Dort, mas podem gerar respostas que produzem as lesões ou os distúrbios. Os fatores de risco interagem entre si e devem ser sempre vistos de forma integrada. Envolvem aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho (BRASIL 2012c).

No discurso quando questionados sobre quais as causas das LER/Dort foram identificados alguns fatores de risco como, por exemplo, a carga mecânica e tempo de exposição a essa carga: *Ah, serviço repetitivo, serviço forçado né, (Gilberto); Eu acho, de forçar no trabalho (Amanda); Esforço físico, esforço demais, também trabalho desde pequenininha na roça, e sempre só no pesado, só no pesado, negócio de trabalhar com corte de lenha tudo isso aí eu fiz, né. Eu acho que foi disso aí, né... Porque o direito (lado do corpo), ele tipo, a gente forceja mais, né, aí o que me prejudicou mais foi o lado direito. O esquerdo dói ali, mas não é tanto que nem o direito (Daiane); Acho que de tanto trabalhar... muito esforço, né (Eliza); É mais era isso, foi o serviço pesado, repetitivo sempre,... não tinha tempo de tu parar. Tu parava, daí tu já tinha que correr noutra (Franciele)*

Outro fator de risco citado como causa das LER/Dort pelos pacientes refere-se diretamente à organização do trabalho como é o caso da paciente Carmem: *Assim vamos dizer faltou intervalo, faltou descanso, né. Que tudo as pessoa tem condições de fazer, mas tem que ver a limitação do corpo e as pausa, né, que a gente não tem. E em outra passagem essa mesma paciente relata: A Causa? A causa é eu acredito que seja de manter muito tempo uma posição só, sem movimentos, né. Muito tempo assim, vamos dizer, se uma pessoa tem condições de ficar 4 horas, eles querem que fica as 4, né. Eu trabalho 4 horas e meia eles querem só uma fase pra ir no*



banheiro e isso prejudica muito, pra mim prejudicou bastante, né, colocando a falta de pausas que é determinada pela organização do trabalho juntamente com outro fator de risco, a invariabilidade da tarefa, ambos causam sobrecarga frequente nas mesmas estruturas osteomusculares podendo causar maior lesão e Gilberto também identifica que:

O maior erro lá na empresa era puxar a embalagem pra fora, sabe. Isso foi uma coisa que estourou 50% do pessoal que tava lá trabalhando comigo lá, que agora não tão mais lá, todo mundo se queixa de dor, né, porque ao puxar a embalagem puxava a embalagem lá pra rua e queria fazer cada vez mais ligeiro, porque tinha que fazer aquela produção se não eles tavam ali te cobrando, aí tu tinha que pegar as embalagens e levar lá pra fora aquelas embalagem de madeira molhada, verde né, aquilo na hora tu não pensa que aquilo ali pesa bastante até tu levar lá fora, empilhar lá fora, voltar e fazer embalagem de novo. Puxar pra fora isso vai te prejudicando aos poucos.

Hilda parece ter uma percepção mais dura da realidade do mundo do trabalho, colocando a causa das LER/Dort como: *Muita produção... muito... muito assim, como é que eu vou dizer, eles exigiam, sabe? E continua muito sempre. Se fazer 100, amanhã eles querem 200, pra fazer 200 amanhã eles querem 400, sempre mais, sempre mais e tu, tu dai, tu não pode diminuir tu tem que só produzir cada vez mais... A produção demais, o estresse... a falta de respeito também dos auxiliares do, do Chefe.*

Formas de prevenção

Em sendo questionados sobre formas de prevenção das LER/Dort os trabalhadores pouco encontraram soluções na própria organização do trabalho trazendo para si a responsabilidade de prevenção da sua doença. Segundo Santos Junior, Mendes e Araujo (2009), os sintomas psicológicos associados às LER/Dort, demonstram um embotamento afetivo do trabalhador, uma diminuição do prazer da vida. Os trabalhadores acabam por internalizar a disciplina organizacional, como um meio de autorregulação do viver em função do trabalho.

O discurso dos trabalhadores muitas vezes traz soluções simplistas para um problema bem mais amplo e complexo, como é o caso das LER/Dort. Colocam em si mesmas as atitudes que preveniriam sua doença, com é o caso de Amanda: *Alongar várias vezes, né, antes, de manhã quando acorda. Principal de manhã antes de começar as atividades, né alongar, e durante os exercícios também, durante a função de trabalho também. É o que todos deveriam fazer;* bem com Carmem: *Assim ó, ter limitação pras coisa, né, que eu nunca tive limitação pra nada, né, assim pra peso, pra horas de serviço, essas coisa assim eu nunca tive, né.*



Outra questão abordada foi a falta de procura por tratamento: *sei lá né, eu acho se procurasse talvez um tratamento antes né, quando eu comecei, porque eu comecei a sentir primeiro era uns formigamento nas mãos, sabe assim, às vez eu andava de bicicleta, sabe, que eu ia pro serviço de bicicleta, às vez eu tinha que largar uma mão e sacudir porque eu não sentia mais a mão, sabe, assim comecei, sabe, eu não tinha dor mas era muito formigamento nas mãos, sabe (Eliza); [...] se tivesse recurso como tem hoje em dia, que aquela época não tinha nada, né. Hoje em dia tem tudo, né, Tudo quanto é recurso né, mas daquele tempo pra trás... Agora pode prevenir, né. Se a pessoa sentir alguma coisa, já pode correr, porque tem recurso, né, antigamente não tinha nada, nada... porque o principal é a saúde ... eu nunca botei a saúde em primeiro lugar, só botei o trabalho ... Tinha que trabalhar pra poder viver... se eu tivesse me cuidado eu era outra pessoa, bem mais jovem. Eu me sinto assim, né, bem mais, porque eu não me entrego tão fácil, é eu não me entrego (Daiane).*

Franciele teve da empresa uma promessa de troca de setor em função das dores que vinha sentindo, então quando questionada sobre forma de prevenção ela coloca que deveria *ter trocado de linha, feito o que que a gente combinou...* e responsabiliza a organização do trabalho *... isso não é serviço de uma pessoa, tem que respeitar um outro e tem que saber que tem que dividir pra todo mundo o trabalho, não só pra um. Bem como Gilberto: Trocando de setor, né ou trocando de serviço... sabe, em outros empregos existia isso né, que nem eu trabalhei em abatedor de frango né, a gente trabalhava direto né, agora não, agora trabalha uma hora ou duas num serviço, daí eles trocam, meu sobrinho está trabalhando lá eles vão trocando de serviço né, não é sempre o mesmo serviço.*

Hilda traz a ginástica laboral como uma das formas de prevenção das LER/Dort, entretanto essa prática deve ser bem aplicada, evitando forçar o trabalhador a compensar o tempo de ginástica com aceleração da produção, assim como é necessária uma avaliação funcional de cada posto de trabalho para ser composto o conjunto de exercícios dessa atividade. *Se continuasse aquela ginástica, que no início tinha na empresa, mas daí eles fizeram assim numa forma que ninguém mais fez, porque, daí almoçava e era pra fazer a ginástica, daí o pessoal olhava, as próprias costureiras em vez de ir, ficava na máquina costurando. De manhã quando era 7 horas, em vez de se levantar: Não... vou ficar costurando, sabe, elas mesmo estraga, sabe, a oportunidade. E ainda complementa, num sentido social mais amplo, com o papel da força sindical, sentindo que falta: O pessoal do sindicato apoiar mais, sabe, quando a gente precisar, uma funcionária precisar, eles apoiar mais, e começar a divulgar mais. Eles podiam vir aqui (Cerest) pegar os folhetos e distribuir lá... Sabe, se cada um fosse e colocasse mais assim, seja o médico, o pessoal do sindicato, isso não ia tá do jeito que tá, sabe, pelo menos ali naquela empresa.*



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos mostra que, além da carga excessiva de trabalho, outras questões sociais e culturais influenciaram para o surgimento da doença destes pacientes. O contexto social em que os entrevistados se encontram no que tange a história de trabalho infantil ou adolescente precoce e decorrente da baixa escolaridade, trouxe pouca oportunidade de escolha do tipo de trabalho que poderiam exercer, ficando à mercê de trabalhos mais penosos física e psicologicamente. Da mesma forma o fato de a maioria dos adoecidos serem do sexo feminino demonstra um fator cultural das questões de gênero relacionadas ao trabalho: a dupla ou tripla jornada de trabalho, os encargos das tarefas domésticas e as típicas “profissões femininas” acabam por eleger as mulheres ao sofrimento por LER/Dort.

Com relação às causas das LER/Dort na visão dos trabalhadores deste estudo, estes parecem perceber as raízes de sua doença na sua história de vida laboral, entretanto quando questionados sobre possíveis formas de prevenção suas respostas trazem à tona a forma como o trabalho influencia suas vidas, incorporando em si a responsabilidade na prevenção da doença. Entretanto em algumas respostas podemos vislumbrar outros painéis de o trabalhador tomando consciência de outras interferências além de sua própria culpabilização: da organização do trabalho que controla os ritmos e cargas de trabalho, bem como da organização social evidenciada no papel dos sindicatos como fomentadores de ambientes saudáveis nas empresas.

Contudo a questão de maior importância que se impõe no discurso desses trabalhadores é a violência no ambiente de trabalho, com os constrangimentos e ameaças constantes fazendo os trabalhadores executarem suas tarefas com medo, sem diálogo com os colegas, tornando o ambiente de trabalho nefasto ao invés de ser um local de promoção da saúde dos trabalhadores. Nesse contexto as LER/Dort não aparecem como um problema, mas sim como um sintoma da construção social do mundo atual, em que o trabalho é o fator principal na estruturação da identidade do indivíduo, sendo moldada sob aspectos de violência, competitividade e desrespeito. Em contrapartida reforçar os coletivos de trabalho e os mecanismos de cooperação no trabalho poderiam gerar ambientes mais saudáveis para construção da identidade e cidadania das pessoas.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; VILELA, Lailah Vasconcelos. **Lesões por Esforços Repetitivos**: guia para profissionais de saúde. Piracicaba- SP: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2009.

ATLAS. **Segurança e Medicina do Trabalho**. 75a. ed. São Paulo: Equipe Atlas (Ed.).



NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-17 – Ergonomia. Editora Atlas S.A., 2015. (Manuais de legislação Atlas).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Portal Brasil. Saúde. **País gasta cerca de R\$ 70 bilhões com acidentes de trabalho**. Brasília: por Portal Brasil, 2012a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pais-gasta-cerca-de-R-70-bilhoes-com-acidentes-de-trabalho>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. Portal Brasil. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER)**. Brasília: por Portal Brasil, 2012b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/lesao-por-esforco-repetitivo-ler>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 dez. 2015.

MAIA, A. S. et. al. **Acidentes de Trabalho no Brasil em 2013**: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Fundacentro/ Serviço de Estatística e Epidemiologia-SEE, 2015. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/estatistica/boletins/boletimfundacentro1vfinal.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de crianças e adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, Brasil: análise das desigualdades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1856-1870, 2015.

MTE/DRT-SP. **Ler/Dort programa de prevenção**: seção de segurança e saúde do trabalhador Ministério do Trabalho e Emprego Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo, 2008.



OLIVEIRA, Roberval Passos de; NUNES, Mônica de Oliveira. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 4, oct./dec. 2008.

PAGANINI, Juliana. **Os impactos do trabalho infantil para a saúde da criança e do adolescente.** Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, n. 11, 2014.

Pessoa JCS, Cárdua MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

SANTOS JUNIOR, Adalberto Vital dos; MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis. Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por Ler/Dort. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 614-625, set. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2016.

SILVA, Manuel Carvalho da. Trabalho, globalização e saúde do trabalhador: promoção da saúde e da qualidade de vida. In: VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D.P.; Alves, G. (Org.). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI.** São Paulo: LTr, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Tradução de Daniel Grassi. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.



EXPOSIÇÃO AO AGROTÓXICO E PERDA AUDITIVA: UMA REVISÃO

*Fabiane Zardo Brettas¹
Maria Carlota Borba Brum²*

INTRODUÇÃO

Os agrotóxicos são substâncias químicas utilizadas no combate de pragas na agricultura, pecuária e em domicílios (herbicidas, fungicidas, inseticidas, entre outros) amplamente utilizados no mundo e especialmente no Brasil, que está entre os países campeões no consumo dos mesmos, muitas vezes, de forma indiscriminada e sem as devidas medidas de proteção.

Na última década, no Brasil, mais precisamente entre os anos de 2001 a 2008, a comercialização de venenos agrícolas sofreu um aumento de U\$ 2 bilhões para mais de U\$ 7 bilhões, fazendo com que o país atingisse a posição de maior consumidor mundial de agrotóxicos (LONDRES, 2011).

Os agrotóxicos estão presentes no cotidiano da população em geral, principalmente dos trabalhadores agrícolas, das mais diversas formas, expondo-os aos variados riscos à saúde decorrentes deste uso. Os efeitos nocivos à saúde humana podem ser caracterizados por reações alérgicas, intoxicações, alterações hematológicas, alterações nos sistemas respiratório, cardiovascular, pele e olhos, entre outros.

De acordo com a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, consideram-se agrotóxicos e afins:

- a) os produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos;
- b) substâncias e produtos, empregados como desfolhantes,

1 Fonodióloga Cerest/Vales.

2 Médica / Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento [...]. (BRASIL, 1989).

Os efeitos à saúde das pessoas, principalmente daquelas que estão expostas no campo ou na indústria são um dos maiores perigos representados pelos agrotóxicos (LONDRES, 2011).

Ainda de acordo com Londres (2011), os grupos de risco para contaminação por agrotóxicos são constituídos de pessoas que vivem no campo, sendo estas as mais expostas aos riscos de contaminação, moradores de áreas onde predominam agronegócios, locais em que são utilizadas grandes quantidades de agrotóxicos, profissionais de saúde responsáveis pelo controle de vetores de doenças, trabalhadores de empresas desinsetizadoras, funcionários de indústrias fabricantes destes produtos, bem como os que trabalham com seu transporte.

Todos os agrotóxicos são considerados como potencialmente perigosos, podendo causar prejuízos à saúde humana, de animais e ao meio ambiente. As formas de intoxicação podem ser através do contato direto (no preparo, aplicação ou qualquer tipo de manuseio) ou através do contato indireto (contaminação de água e alimentos ingeridos), podendo ser absorvidos por contato com a pele e mucosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além disso, cabe destacar que os agrotóxicos podem ser absorvidos também através da respiração e ingestão.

De acordo com Jaga e Dharmani, apud Hoshino et al. (2009), a exposição aos agrotóxicos pode ser classificada como ocupacional, como por exemplo os trabalhadores agrícolas, de indústrias químicas, na aplicação de controle de vetores ou ambiental, que ocorre através do uso de produtos de limpeza e dedetização, alimentação e até mesmo através de armas químicas. (HOSHINO et al, 2009, p. 682).

Dados da Organização Mundial da Saúde, apud Kós et al. (2013), apontam a ocorrência anual de cerca de 3 milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos ao ano, dois terços delas em países em desenvolvimento. Quanto ao número de mortes por intoxicação aguda, chega a 20 mil no mundo, dos quais 14 mil ocorrem em países do terceiro mundo. Entretanto, acredita-se que, embora alarmante, este número é subnotificado, pois “há falta de documentação a respeito das intoxicações subagudas, [...] e das intoxicações crônicas que requerem meses ou anos de exposição e tardiamente revelam danos à saúde” (KÓS et al, 2013, p. 1492).

A autora ainda destaca que o tema dos impactos dos agrotóxicos sobre a saúde humana tem sido amplamente pesquisado e estudado, já tendo sido evidenciado a presença de tais substâncias no sangue, leite materno e em alimentos, sugerindo que as mesmas contribuem para a ocorrência de doenças, como câncer, anomalias congênitas, transtornos mentais, de disfunções na reprodução humana, entre outras. Além disso, alguns sugerem relação entre a exposição aos agrotóxicos e o desenvolvimento de problemas auditivos, sendo, portanto, uma substância ototóxica.



Apesar de haver evidências dos riscos dos agentes químicos, a Audiologia ainda tem dado pouca atenção ao tema. Lacerda e Morata (2010) referem que, embora a Audiologia há décadas tenha como um dos objetos de estudo a ototoxicidade por medicamentos ou drogas terapêuticas, são recentes os estudos que relacionam a outras substâncias químicas nos locais de trabalho.

Segundo Kós et al. (2013), ao realizarem revisão sistemática em publicações sobre os efeitos da exposição no sistema auditivo, identificaram 143 estudos sobre o tema, destes 16 se enquadraram nos critérios de inclusão, consistindo em pesquisas, resumos de congressos e trabalhos de mestrado e doutorado, publicados no período de 1966 a 2012, e que tratavam sobre os efeitos, crônicos ou agudos, dos agrotóxicos nas vias auditivas periféricas e/ou centrais.

Entre os achados dessa pesquisa destaca-se o consenso entre todos os 16 estudos analisados da existência de correlação entre a exposição avaliada e alteração nas vias auditivas periférica e/ou central, sendo que nos estudos em que o ruído também foi avaliado, este mostrou-se como um efeito potencializador dos efeitos ototóxicos.

Além disso, apesar de os estudos concluírem que os agrotóxicos possuem ação ototóxica, provocando lesões auditivas que podem ser em nível periférico ou central, faz-se necessário a realização de novos estudos para compreendermos como esses produtos agem nas vias auditivas, correlacionando-os com diversos tipos de agrotóxicos. Os autores recomendam ainda a inclusão da avaliação audiológica como rotina na avaliação de saúde de trabalhadores expostos a esses produtos.

Conforme Körbes et al (2010), é difícil calcular quais os tipos de agrotóxicos podem provocar danos à audição devido a grande variedade de produtos disponíveis e a ausência de um sistema de vigilância da saúde auditiva dos trabalhadores expostos. Entretanto, é de conhecimento que grande parte dos agrotóxicos possui ação neurotóxica, sendo a perda auditiva um sinal precoce de intoxicação.

Embora os organofosforados constituam um grupo de produtos já reconhecidamente considerados como ototóxicos, há carência de estudos que possam esclarecer melhor a associação entre alterações nos sistemas, vias auditiva e vestibular e a exposição aos mesmos.

Os autores destacam que há décadas são utilizados na agricultura os organofosforados, com graus de toxicidade diversos, pois os trabalhadores agrícolas tendem a supervalorizar os benefícios dos agrotóxicos para o plantio e subestimar os efeitos dos mesmos para a saúde (KÖRBES et al., 2010).

Porém, a relação entre a exposição aos organofosforados e os efeitos à saúde nem sempre é fácil de ser identificada, como destacado:

[...] a ação deletéria dos agrotóxicos sobre a saúde humana pode causar uma série de manifestações clínicas, como náuseas, tontura, fraqueza, falta de apetite, nervosismo, dores de cabeça, alergias, lesões



renais e hepáticas, câncer e alterações genéticas. Em decorrência da inespecificidade dos sintomas relacionados à intoxicação, sendo estes comuns a múltiplos fatores etiológicos, torna-se difícil, muitas vezes, estabelecer a manipulação dos organofosforados como o nexa causal. (KÖRBES et al., 2010, p. 150).

Dessa forma, um dos desafios é a detecção e diagnóstico precoces dos efeitos ototóxicos para a prevenção de perdas auditivas. As autoras destacam também que “o meio mais efetivo para prevenir as desordens auditivas causadas por agentes ambientais é remover ou atenuar a fonte de exposição do local de trabalho” (LACERDA; MORATA, 2010, p. 110).

Cabe destacar também que, além dos agrotóxicos, os trabalhadores agrícolas estão expostos a outros fatores de risco para perda auditiva, como o ruído e vibrações provenientes do maquinário e equipamentos agrícolas, fatores que podem potencializar os efeitos da exposição a agrotóxicos.

O ruído é comprovadamente um agente causador de perda auditiva, principalmente nos trabalhadores expostos diariamente a níveis de pressão sonora elevados, ou seja, acima de 85 dB. Nesse contexto, os ambientes de trabalho, nos quais o ruído atinge ou ultrapassa este nível, estão sujeitos a normatizações que incluem diversas ações de controle ambiental e de uso de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores.

De acordo com Körbes et al. (2010),

[...] a configuração da perda auditiva provocada por substâncias químicas industriais, tais como pelos agrotóxicos, pode ser muito semelhante àquela observada em drogas ototóxicas como aminoglicosídeos e cisplatina, bem como àquela relacionada ao ruído. Os descritores, em geral, dessas desordens são muito semelhantes: perda auditiva neurosensorial para frequências de 3000 a 6000 Hz, com lesão principalmente em células ciliadas cocleares, sendo a alteração bilateral, simétrica e irreversível. (KÖRBES et al., 2010, p. 148).

Isso demonstra que, assim como nas perdas auditivas induzidas por ruído (PAIR), também nas perdas auditivas por agrotóxicos e algumas outras substâncias ototóxicas, a lesão ocorrerá na orelha interna, especificamente na cóclea, resultando em alterações nas altas frequências e atingindo ambas as orelhas e de forma semelhante, sendo definitiva. Como consequência disso, a pessoa terá dificuldade na comunicação, considerando que as frequências mais altas são responsáveis pela discriminação e compreensão da fala, o que significa que pode ouvir alguns sons e ruídos, mas não compreendê-los corretamente.

Diante desse contexto, busca-se conhecimentos referentes ao uso de agrotóxicos e sua possível relação com problemas auditivos em trabalhadores expostos. Além



das manifestações físicas das patologias auditivas, considera-se a possibilidade de sofrimento psíquico, uma vez que a perda auditiva traz consequências para a vida das pessoas, pela dificuldade de comunicação, causando afastamento e/ou isolamento do convívio familiar e social. Dessa forma, a realização deste estudo traz visibilidade ao problema, auxiliando no planejamento de ações estratégicas de prevenção, monitoramento, acompanhamento e reabilitação dos trabalhadores acometidos pela perda auditiva relacionada ao uso de agrotóxicos. Também objetiva verificar a relação entre o uso de agrotóxicos/pesticidas e as patologias auditivas em trabalhadores expostos, analisando os principais achados sobre a relação entre o uso desses produtos e patologias auditivas em trabalhadores.

METODOLOGIA

O presente artigo é uma revisão bibliográfica de artigos científicos que tratam da relação entre o uso de agrotóxicos/pesticidas e patologias auditivas em trabalhadores.

Foram realizadas buscas nas bases de dados do Portal CAPES e *Pubmed*, de artigos publicados no período de 2005 a 2015, publicados nos idiomas português e inglês, que tratam de estudos de coorte, transversais e estudo de casos. Foram excluídos deste estudo: artigos exclusivamente qualitativos, revisões bibliográficas e estudos que não se enquadram nos critérios de inclusão.

Para facilitar a análise dos dados, foi criada uma planilha utilizando o *Google Apps - Planilha Google*, contendo as principais características dos artigos estudados. Os itens utilizados foram: título, autores, número de autores, ano de publicação, periódico, objetivos, tipo de estudo, local de realização da pesquisa, número de participantes, métodos, exposição, tipo de agrotóxico, resultados e conclusão.

Os descritores utilizados para a pesquisa nos bancos de dados digitais foram: <<agrotóxicos>>, <<hearing loss>>, <<occupational health>>, <<organofosforados>>, <<ototoxicidade>>, <<pesticidas>>, <<pesticides>>, <<perda auditiva>>, <<população rural>>, <<rural population>>, <<saúde do trabalhador>>.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Utilizando os descritores selecionados, foram encontrados 19 artigos, destes 10 foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão. Dentre os excluídos, 04 eram estudos qualitativos, 03 eram artigos de revisão de literatura, 01 considerou somente a exposição ao ruído, 01 considerou exposição ambiental em adolescentes e 01 em crianças.

Quanto à população, 05 artigos estudaram trabalhadores rurais, 01, agentes de



controle de endemias, 01, trabalhadores no controle de vetores, 01, pilotos de aviões agrícolas e em 01 estudo a ocupação dos sujeitos não foi identificada.

Com relação ao tipo de estudo, 02 estudos estavam classificados como “Epidemiológico transversal”; 02, como “Observacional transversal”; um, como “coorte histórica com corte transversal”; um, como “coorte transversal individual, observacional e contemporâneo”; um, “clínico retrospectivo”; um “estudo retrospectivo” e um estudo “descritivo transversal”.

Os estudos foram publicados entre os anos de 2008 a 2014. Todos foram realizados no Brasil: 04 foram no Estado do Rio de Janeiro; 02 no Estado de São Paulo; 01 em Sergipe; 01 no Rio Grande do Sul e em 01 artigo o local não foi informado.

Quanto à metodologia dos estudos, os instrumentos utilizados foram bastante variados. Dessa forma, construiu-se uma tabela explicativa contendo esta informação e outras características relevantes.

Os artigos foram publicados em revistas das áreas de Fonoaudiologia (04 artigos), Otorrinolaringologia (04 artigos) e Saúde Coletiva (01 artigo). O número de sujeitos das amostras variou de 18 a 351.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 1, os instrumentos utilizados variaram de acordo com a metodologia utilizada, porém em 08 estudos foi realizada Audiometria Tonal Liminar.

Tabela 1 – Relação dos artigos revisados segundo autor, população, número de sujeitos, instrumentos de avaliação, tipo de agrotóxico e informação quanto à exposição ao ruído, 2005-2015

(continua)

Referência	População	n	Instrumentos	Tipo de agrotóxico	Exposição ao Ruído
Kós et al. (2014)	Trabalhadores Rurais	70	Questionário semiestruturado Audiometria Tonal	Herbicida, inseticida ou fungicida	Sim
Alcarás, Lacerda e Marques (2013)	Agentes de combate à endemias	25	Meatoscopia Timpanometria EOAT, EOAEPD e efeito de supressão	Inseticida OF	Sim
Sena, Vargas e Oliveira (2013)	Trabalhadores Rurais	351	Anamnese Audiológica Ocupacional Meatoscopia Audiometria Tonal Liminar <i>Short Form 36</i>	Agrotóxico não especificado	Sim
Bazilio et al. (2012)	Trabalhadores Rurais	33	Meatoscopia Imitanciometria Audiometria Tonal e Vocal Teste Padrão de Duração (TPD) Teste <i>Gaps-in-noise</i> (GIN)	Herbicida, inseticida e fungicida	Não especificada
Delecode et al. (2012)	Trabalhadores no controle de vetores	82	<i>Tinnitus Handicap Inventory</i> (THI) Audiometria Tonal Liminar Timpanometria	Inseticida OF	Sim



Tabela 1 – Relação dos artigos revisados segundo autor, população, número de sujeitos, instrumentos de avaliação, tipo de agrotóxico e informação quanto à exposição ao ruído, 2005-2015

(conclusão)

Referência	População	n	Instrumentos	Tipo de agrotóxico	Exposição ao Ruído
Camarinha et al. (2011)	Trabalhadores Rurais	43	Questionário Anamnese Meatoscopia Audiometria Teste Padrão de Frequência (TPF) Teste Padrão de Duração (TPD) Teste <i>Gaps-in-noise</i> (GIN)	Inseticida OF	Não especificada
Foltz, Soares e Reichembach (2010)	Pilotos de aviação agrícola	41	Questionário Meatoscopia Audiometria Tonal Liminar	Herbicida, Inseticida, fungicida e maturador	Sim
Guida, Morini e Cardoso (2010)	Não Informado	80	Anamnese audiológica Audiometria Tonal Liminar Imitanciometria	Inseticida OF	Sim
Hoshino et al. (2008)	Trabalhadores Rurais	18	Questionários Exame Otorrinolaringológico Audiometria Tonal e Vocal Vectoeletronistagmografia	Inseticida OF, fungicida, herbicida	Não especificada

OF = Organofosforados
EOAT = Emissões Otoacústicas Evocadas por Estímulo Transiente
EOAEPD = Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção

A Audiometria Tonal Liminar é um exame que determina, por meio da utilização de tons puros, os limiares auditivos e os compara com os padrões de normalidade (LOPES, 2013).

A Imitanciometria, que consiste de três medidas separadas: a Timpanometria, a Complacência e o Reflexo Estapediano, é um exame realizado para avaliar o funcionamento da orelha média, e foi realizada em 02 estudos. Em 03, foi realizada somente a Timpanometria.

De acordo com Shinn (2003), o processamento auditivo temporal pode ser definido como a percepção do som ou a alteração do som em um espaço de tempo restrito ou definido (SHINN, 2003). Os 02 estudos que avaliaram essa área da audição utilizaram os testes TPD (Teste Padrão de Duração) e GIN (*Gaps-in-noise*), e em um deles utilizou-se também o TPF (Teste Padrão de Frequência). De acordo com Frota (2013), o TPD e o TPF são testes utilizados para avaliar a função de Ordenação e Sequência Temporal, sendo que o TPF avalia a habilidade de discriminação da frequência sonora, ordenação temporal e nomeação e o TPD avalia a habilidade de discriminação da duração sonora, ordenação temporal e nomeação. O GIN tem o objetivo de avaliar a habilidade de resolução temporal (FROTA, 2013).

Em cada um dos demais estudos foram avaliados, além da audição, Emissões



Otoacústicas Evocadas (EOAE), Função Vestibular, Zumbido e Qualidade de vida.

Segundo Vono-Coube e Costa Filho (1998) Emissões Otoacústicas são sons produzidos nas células ciliadas externas da cóclea e mensurados no conduto auditivo externo e apresentam uma propriedade de expansibilidade e contratilidade (VONO-COUBE; COSTA FILHO, 1998).

E, ainda, de acordo com Durante (2013),

até o presente momento, a captação das EOA é um método que não tem como objetivo quantificar a alteração auditiva, e sim detectar a sua ocorrência, uma vez que as EOA estão presentes em todas as orelhas funcionalmente normais, e deixam de ser observadas quando os limiares auditivos encontram-se piores do que 30dB NA. (DURANTE, 2013, p. 146).

O estudo de Alcarás, Lacerda e Marques (2013), que avaliou as EOAE, dividiu os sujeitos em 02 grupos, o grupo de trabalhadores expostos a ruído e agrotóxicos (GRA) e o grupo controle (GC) e concluiu que

não houve diferença na ocorrência de respostas presentes e ausentes entre os grupos. Houve diminuição da relação sinal/ruído das EOAE por estímulo transiente e por estímulo produto de distorção no GRA comparado ao GC. Quanto ao efeito de supressão das EOAE, o GRA apresentou menor nível de resposta geral e menor valor de supressão, sugerindo que a exposição crônica ao ruído e agrotóxicos pode ter prejudicado a atividade do sistema auditivo eferente olivococlear medial. (ALCARÁS; LACERDA; MARQUES, 2013, p. 532).

A função vestibular foi avaliada através da Vectoeletronistagmografia, que de acordo com Caovilla e Ganança (2013) “é uma variante da Eletronistagmografia, que grava os movimentos oculares em três canais de registro, captando a variação do potencial elétrico corneorretinal” (CAOVILLA; GANANÇA, 2013, p. 319).

O estudo que avaliou o zumbido utilizou a versão traduzida do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) proposto por Newman et al. (1996) e, segundo Delecrode et al. (2012), tem boa confiabilidade, é de fácil e rápida aplicação e não apresenta reserva de direitos autorais (DELECRODE et al., 2012).

O estudo que avaliou a qualidade de vida utilizou a versão traduzida do *Short Form36*, questionário que contempla 08 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e percepção atual da saúde. (SENA; VARGAS; OLIVEIRA, 2013).

Quanto à classificação dos agrotóxicos, em diversos estudos os trabalhadores relataram o uso de mais de um produto, sendo os inseticidas citados em 08 estudos



(88,88%), seguido de fungicidas e herbicidas em 03 estudos (33,33%) e em 01 estudo (11,11%) não foi especificado o princípio ativo utilizado pelos trabalhadores. Dentre os inseticidas, o mais utilizado foi o organofosforado (citado em 07 estudos), sendo em 03 o único inseticida citado. Para classificar os agrotóxicos em inseticidas, pesticidas ou herbicidas, foi utilizada a classificação encontrada no site Portal Educação (2008), já que em alguns estudos consta somente o nome comercial do produto.

Em ambos os estudos que avaliaram o Processamento Auditivo Temporal, foi identificado que os trabalhadores expostos aos agrotóxicos obtiveram piores respostas nos testes realizados do que a média da população. Nos resultados encontrados por Camarinha et al. (2011), os trabalhadores expostos ao organofosforado apresentaram desempenho insatisfatório no Teste de Padrão de Frequência, Teste de Padrão de Duração e no teste GIN (CAMARINHA et al., 2012). Já no estudo realizado por Bazílio et al. (2012), “os resultados apontam uma associação entre exposição aos agrotóxicos e alterações nas habilidades de ordenação e resolução temporal do Processamento Auditivo Temporal” (BAZÍLIO et al., 2012, p. 178).

Camarinha et al. (2011), em seu estudo, consideraram que a audiometria tonal liminar pode ser insuficiente para avaliar a audição de populações expostas ao organofosforado e que “a inclusão dos testes de ordenação e resolução temporal, na bateria de testes de avaliação audiológica, permitiu uma avaliação mais ampla da audição tanto periférica quanto central destes trabalhadores”. (CAMARINHA et al., 2012, p. 105).

Kós et al. (2014), ao avaliarem 70 indivíduos no município de Campos dos Goytacazes/RJ, divididos em 2 grupos (agricultores com história de exposição a agrotóxicos e não agricultores), de ambos os sexos, encontraram um alto índice de perda auditiva, 62,85% na área da fala (média das frequências 0,5 - 2KHz) e 71,42% nas altas frequências (média das frequências 4 - 8KHz) entre os indivíduos expostos a agrotóxicos; já entre os não expostos, foi de 14,28% na área da fala e de 34,28% nas altas frequências, concluindo que os resultados obtidos sugerem que as exposições crônicas aos agrotóxicos podem afetar o sistema auditivo periférico, independente da exposição ao ruído.

De acordo com Kós et al. (2014):

Foi encontrado um risco estimado de aproximadamente 4 vezes nas frequências agudas e quando ajustados para idade, exposição ao ruído, pressão alta, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos e grau de escolaridade, houve um aumento do risco para 7 vezes. (KÓS et al., 2014, p. 947).

Em outro estudo que avaliou a audição e qualidade de vida de trabalhadores adultos com atividade laboral atual ou pregressa na área rural, com ou sem exposição a



agrotóxicos, no município de Lagarto/SE, Sena, Vargas e Oliveira (2013), encontraram um percentual de 63,8% dos indivíduos classificados como normo-acúscicos, 23,4% de indivíduos classificados como hipoacúscicos com exposição a agrotóxico, 6,6% de hipoacúscicos sem exposição a agrotóxicos e 6,3% de hipoacusia com exposição a agrotóxico associado a outro fator de risco. Em relação à qualidade de vida, avaliada utilizando a versão brasileira do questionário *Short Form 36*, os indivíduos expostos a agrotóxicos obtiveram piores escores totais de qualidade de vida. Os resultados revelaram que “houve associação dos efeitos dos agrotóxicos sobre a saúde auditiva e qualidade de vida perante este grupo populacional” (SENA; VARGAS; OLIVEIRA, 2013, p. 1760).

Guida, Morini e Cardoso (2010) analisaram prontuários de 40 trabalhadores expostos ao ruído ocupacional e praguicida do tipo organofosforado (Grupo I) e de 40 trabalhadores expostos somente ao ruído (Grupo II). Em relação às audiometrias, o Grupo I apresentou maior incidência de PAIR (mais de 60% dos indivíduos), enquanto no Grupo II o índice caiu para 42,5%, demonstrando que a associação entre os dois fatores de risco potencializa a perda auditiva e concluem que:

Os trabalhadores expostos ao ruído ocupacional e a praguicidas possuem maior risco para perda auditiva do que os trabalhadores expostos somente ao ruído. Sendo assim, é importante que os Programas de Conservação Auditiva levem em consideração esses fatores para que possam prevenir os danos causados por esses elementos insalubres. (GUIDA; MORINI; CARDOSO, 2010, p. 427).

Hoshino et al. (2008) avaliaram 18 trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos organofosforados e que apresentavam queixa de “tonteira”. Os instrumentos utilizados foram questionários, avaliação clínica e exames de vectoeletronistagmografia e audiometria. Os resultados dos testes audiométricos demonstraram que 11 (61,14%) sujeitos apresentaram audição normal, 07 (38,8%) apresentaram audiometria tonal alterada. Dentre os sujeitos com audiometria alterada, 04 (22,22%) apresentaram queda nas frequências de 6 e 8 KHz e 03 (16,67%) perda auditiva sensorio-neural. Em relação a vectoeletronistagmografia, 16 (88,8%) sujeitos apresentaram alterações do tipo síndrome vestibular periférica irritativa, sendo 11 devido a alterações na prova de nistagmo e/ou vertigem posicional e nove por alterações na prova calórica, apresentando uma hiperreflexia em valores absolutos. Os autores concluem que:

Considerando o tempo médio de exposição aos agrotóxicos organofosforados dos trabalhadores avaliados e afastando-se os diversos fatores contribuintes ou desencadeantes para o aparecimento da tonteira, como idade, alterações metabólicas e hormonais, hábitos sociais, entre outros, os dados obtidos neste estudo sugerem que os agrotóxicos organofosforados induzem alterações do sistema vestibular e do sistema auditivo, tendo sido evidenciado seu potencial



neuro-ototóxico nesta população exposta. (HOSHINO et al., 2008, p. 917).

Delecrode et al (2012) avaliaram a audição e o zumbido de 82 trabalhadores no combate de vetores com a utilização de meios químicos (organofosforados) e exposição a ruído, no município de São Paulo, utilizando avaliação audiológica básica (audiometria tonal liminar e timpanometria) e aplicação da versão traduzida do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI). Dentre os trabalhadores avaliados, 23 (28,05%) apresentaram queixa de zumbido, sendo que neste grupo houve uma maior incidência de audiometrias alteradas (60,87%).

No município de Canoas/RS, foram avaliados 41 pilotos de aviação agrícola expostos a ruído e agrotóxicos. Do total dos sujeitos, 58,5% referiram que possuem contato com produtos agrotóxicos. Com relação aos achados da avaliação audiométrica, verificou-se que 28 indivíduos (68,3%) possuíam avaliação normal e 13 (31,7%) possuíam audiogramas alterados. Dos 28 audiogramas normais, 05 possuíam limiares auditivos normais sem configuração de entalhe, 10 apresentaram limiares normais com presença de entalhe unilateral e 13 limiares normais com entalhe bilateral. Dentre os 12 audiogramas característicos de perda auditiva, 03 apresentaram perda auditiva unilateral, 03 apresentaram perda auditiva unilateral com presença de entalhe na outra orelha e 06 apresentaram perda auditiva bilateral. (FOLTZ; SOARES; REICHEMBACH, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos danos causados pela exposição aos agrotóxicos na saúde humana serem amplamente pesquisados, ainda são poucos os estudos publicados relacionando alterações auditivas com a exposição ocupacional e/ou ambiental aos agrotóxicos. A maioria das publicações analisadas neste estudo puderam correlacionar as alterações auditivas (perdas auditivas, alterações do processamento auditivo temporal, alterações no sistema vestibular, zumbido), além da qualidade de vida, à exposição ao agrotóxico, principalmente os inseticidas do tipo organofosforado.

O aprofundamento de pesquisas que correlacionem a exposição ambiental e ocupacional aos diversos tipos de agrotóxicos disponíveis no mercado com os danos à saúde auditiva é de fundamental importância para que os mesmos possam ser minimizados ou até mesmo evitados. A continuidade das pesquisas neste campo e a permanente divulgação dos dados poderão contribuir ainda mais para o planejamento e a criação de ações estratégicas tanto de prevenção, monitoramento e acompanhamento e reabilitação dos trabalhadores acometidos pela perda auditiva relacionada ao uso de agrotóxicos. Entretanto, considerando o princípio da precaução, o conhecimento atual permite recomendar a adoção imediata de medidas protetivas à



saúde dos trabalhadores através da redução da exposição ou a sua total eliminação.

Em consonância com os objetivos e estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) os serviços de referência em Saúde do Trabalhador distribuídos pelo país podem servir como parceiros das instituições de ensino e pesquisa para fomentar os estudos em suas regiões, bem como para realizar ações educativas e de diagnóstico esclarecendo os trabalhadores expostos, profissionais de saúde, gestores de políticas públicas, empregadores e comunidade em geral sobre os efeitos nocivos dos agrotóxicos à saúde.

REFERÊNCIAS

ALCARÁS, P. A. S.; LACERDA, A. B. M.; MARQUES, J. M. Estudo das Emissões Otoacústicas Evocadas e efeito de supressão em trabalhadores expostos a agrotóxicos e ruído. **CoDAS**, n. 25, v. (6), p. 527-533, 2013.

BAZÍLIO, M. M. M. et al. Processamento auditivo temporal de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, n. 24, v. (2), p. 174-180, 2012.

BRASIL. Lei n. 7.802, de 11 de julho de 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7802.htm>. Acesso em: 27 dez. 2014.

CAMARINHA, C. R. et al. Avaliação do processamento auditivo temporal em trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos organofosforados. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, n. 23, v. (2), p. 102-106, 2011.

DELECRODE, C. R. et al. A prevalência do zumbido em trabalhadores expostos à ruído e organofosforados. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.** [online] São Paulo, v. 16, n. 3, p. 328-334, 2012.

DURANTE, A. S. Emissões Otoacústicas. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (Org.). **Tratado de Audiologia**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 145-158.

FOLTZ, L.; SOARES, C. D.; REICHEMBACH, M. A. K. Perfil Audiológico de Pilotos Agrícolas. **Arq. Int. Otorrinolaringologia**, v. 14, n. 3, p. 322-330, jul./ago./set. 2010.

FROTA, S. Avaliação do Processamento Auditivo: Testes Comportamentais. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (Org.). **Tratado de Audiologia**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 293-313.

GUIDA, H. L.; MORINI, R. G.; CARDOSO, A. C. V. Avaliação audiológica em trabalhadores expostos a ruído e praguicida. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, n. 76 (4), p. 423-427, jul./ago. 2010.

HOSHINO, A. C. H. et al. Estudo da ototoxicidade em trabalhadores expostos a organofosforados. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, n.74 (6), p. 912-918, nov./dez. 2008.

_____. A autopercepção da saúde auditiva e vestibular de trabalhadores expostos



a organofosforados. **Revista CEFAC**, n.11, p. 681-687, out./dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010ETRD.asp?o=17&i=P>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

KÖRBES, D. et al. Alterações no sistema vestibulococlear decorrentes da exposição ao agrotóxico: revisão de literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.l.], n. 15, p. 146-152, 2010.

KÓS, M. I. et al. Efeitos da exposição a agrotóxicos sobre o sistema auditivo periférico e central: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 1491-1506, ago. 2013.

_____. Avaliação do Sistema Auditivo em agricultores expostos à agrotóxicos. **Revista CEFAC**, n. 16 (3), p. 941-948, mai./jun. 2014.

LACERDA, A. B. M.; MORATA, T. C. O risco de perda auditiva decorrente da exposição ao ruído associada a agentes químicos. In: MORATA, T. C.; ZUCKI, F. (Org.). **Saúde Auditiva: avaliação de riscos e prevenção**. São Paulo: Plexus Editora, 2010. p. 97-113.

LONDRES, Flávia. **Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida**. Rio de Janeiro: AS-PTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 2011. 190 p.

LOPES, A. C. Timpanometria. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (Org.). **Tratado de Audiologia**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 63-80.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/108agrottox.html>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/810/definicao-e-classificacao#ixzz4FZ9LxDpk>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

SENA, T. R. R.; VARGAS, M. M.; OLIVIERA, C. C. C. Saúde Auditiva e qualidade de vida em trabalhadores expostos a agrotóxicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1753-1761, 2013.

SHINN, J. B. Temporal processing: The basics. **The Hearing Journal**, New York, v. 56, n. 7, p. 52, jul. 2003.

VONO-COUBE, C. Z.; COSTA FILHO, O. A. Emissões otoacústicas: uma visão geral. In: FROTA, S. **Fundamentos em Fonoaudiologia Audiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 106.



SÍNDROME DE *BURNOUT* ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Patrícia de Souza Fagundes¹

Karine Vanessa Perez²

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde estão expostos aos mais diversos riscos no trabalho, incluindo riscos físicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, entre outros. Como os demais trabalhadores, estes profissionais estão sujeitos a sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Seja pelas características próprias do trabalho em saúde, como exposição ao sofrimento, à morte, não reconhecimento *no* e *do* trabalho e invisibilidade do “produto”. Seja pela forma como este está organizado, incluindo trabalho em turnos, trabalho noturno, jornadas extensas, duplas jornadas, relações hierárquicas autoritárias, competição entre os trabalhadores, assédio moral, entre outros.

Desse modo, os mesmos, em decorrência tanto das condições, como da organização do trabalho, podem ser acometidos por doenças físicas (como distúrbios osteomusculares, problemas posturais, doenças infecto-contagiosas e outras) e também por adoecimento psíquico. Dentre as inúmeras doenças que podem afetar a saúde dos profissionais de saúde está a Síndrome de *Burnout* (SB).

Na tradução para o português, o termo, originário do inglês, *burn* significa “queima” e o *out* “exterior”. Sendo assim, Codo e Vasques-Menezes (1999) salientam que tem como significado numa tradução direta “queimar para fora”, ou seja “perder o fogo” “perder a energia”, considerando que “o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil” (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999, p. 237).

Segundo Benevides-Pereira (2003), grande parte dos autores concorda que a Síndrome de *Burnout* é “característica do meio laboral e que esta é um processo que se dá em resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social” (BENEVIDES-PEREIRA, 2003, p. 4).

Esta definição vai ao encontro do que o Ministério da Saúde estabelece por Síndrome de *Burnout*:

A sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores

1 Psicóloga Cerest/Vales.

2 Psicóloga/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001, p. 191).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2001), na história do trabalhador com *Burnout*, em geral, pode ser identificado um grande envolvimento com o trabalho. A síndrome tem como característica três aspectos principais: exaustão emocional (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo); despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do atendido); e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de incompetência e/ou de insucesso no trabalho).

Benevides-Pereira (2002) comenta que a Exaustão Emocional refere-se à sensação de esgotamento físico e mental, de ter chegado ao limite, de perda total da energia. A Despersonalização diz respeito à atitude de frieza e impessoalidade em relação ao público do cuidado, resultando em cinismo, ironia e indiferença. Já a reduzida Realização Profissional refere-se ao sentimento de insatisfação com o trabalho, fracasso profissional, desmotivação e desejo de abandonar o emprego.

No quadro clínico, segundo o Ministério da Saúde (2001), além dos aspectos citados anteriormente, também podem surgir sintomas não específicos, como insônia, irritabilidade, tristeza, apatia, entre outros, podendo resultar em doenças físicas, uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas e até mesmo suicídio.

Benevides-Pereira (2002) ressalta que na literatura são encontrados associados a *Burnout* diversos sintomas físicos (fadiga, dores musculares, distúrbios do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais); psíquicos (falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, impaciência, labilidade emocional, baixa autoestima, sintomas depressivos e ansiosos); comportamentais (negligência ou escrúpulo excessivo, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de risco); e defensivos (tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou até pelo lazer, absentéismo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo). O grau, o tipo e o número de manifestações sofrerão influência de fatores individuais, fatores ambientais e da etapa em que o trabalhador se encontra no processo de adoecimento.



De acordo com o Ministério da Saúde (2001), deve ser diferenciada a Síndrome de *Burnout* de outras formas de resposta ao estresse. Enquanto na primeira há atitudes e condutas negativas com o público-alvo dos serviços ou cuidados, prejudicando tanto o trabalhador, como a organização, em virtude do comprometimento no desempenho e na capacidade de trabalhar, neste último não se identificam estas condutas, trazendo prejuízos para o trabalhador, mas não na sua relação com o trabalho.

Nesse mesmo sentido, Benevides-Pereira (2002) também diferencia *Burnout* do estresse ocupacional, destacando que:

A qualidade do trabalho é comprometida não só pela desatenção e negligência, mas especialmente pela relação entre o profissional e a pessoa a quem presta atendimento ou serviços, com o distanciamento, falta de empatia e hostilidade evidenciados. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 47).

A autora refere que *Burnout* traz ao trabalhador não somente prejuízos pessoais, mas também no trabalho (diminuição na qualidade, predisposição a acidentes de trabalho, abandono do emprego ou até mesmo da profissão); consequências sociais (isolamento do trabalhador, divórcios) e organizacionais (absenteísmo, assumindo as faltas um papel de “alívio” para o trabalhador, rotatividade, baixa produtividade e acidentes de trabalho) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Entre as categorias profissionais mais afetadas pela Síndrome de *Burnout*, o Ministério da Saúde (2001) evidencia aquelas dedicadas aos serviços e cuidados, tais como os trabalhadores da educação, da segurança pública e os trabalhadores da saúde. O mesmo salienta que tem ocorrido um aumento de prevalência da Síndrome entre trabalhadores de ambientes com mudanças organizacionais, visto que “em geral, os fatores relacionados ao trabalho estão mais fortemente relacionados ao trabalho em si do que com os fatores biográficos ou pessoais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 192).

Em relação às características do trabalho que estão entre as variáveis responsáveis pelo desencadeamento de *Burnout*, Benevides-Pereira (2002) destaca que a sobrecarga de trabalho, tanto no que diz respeito à quantidade como à qualidade de demandas, tem sido frequentemente apontada como fator predisponente. Além disso, a relação entre profissional-cliente tem sido bastante ressaltada, de modo que quanto mais próxima e intensa for esta relação, maior chance do desenvolvimento de *Burnout*. Também o tipo de cliente pode influenciar, considerando que o cuidado de pessoas políqueixosas, agressivas, depressivas ou em situação de risco, bem como situações envolvendo morte, especialmente de crianças, aumentam a chance de adoecimento pelo profissional de saúde. O relacionamento entre os colegas de trabalho também tem sido apontado como um fator estressor, ao passo que o apoio entre os mesmos tem sido apontado como fator de proteção. O mesmo ocorre em



relação ao suporte ou apoio organizacional, que consiste no sentimento de união e respeito por parte de colegas e superiores.

Além destes, outros fatores têm sido destacados como significativos para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, tais como: trabalho por turnos ou noturno, conflito e/ou ambiguidade de papéis, nível de controle sobre as atividades ou acontecimentos no trabalho, responsabilidade, pressão no trabalho, percepção de inequidade (sentimento de injustiça), conflito com valores pessoais e falta de *feedback*.

Maslach e Jackson (1981) apud Codo e Vasques-Menezes (1999) também destacam que a Síndrome ocorre em profissionais que mantêm contato direto e excessivo com outras pessoas, em especial aquelas que estão com problemas, considerando que o ato de cuidar demanda constante tensão emocional.

Considerando que os profissionais de saúde estão entre os trabalhadores do cuidado e que, portanto, podem desenvolver a Síndrome de *Burnout*, faz-se necessário compreender melhor este processo de adoecimento. Embora não seja um “transtorno” novo, ainda mostra-se pouco conhecido, até mesmo pelos próprios profissionais de saúde, sendo frequentemente confundido com outros, tais como depressão, ansiedade, etc.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo identificar como tem sido descrita, nos artigos acadêmicos publicados nos últimos cinco anos, a Síndrome de *Burnout* em profissionais da Saúde que atuam no Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão bibliográfica de artigos científicos sobre a Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de saúde, no Brasil, nos últimos cinco anos.

De acordo com Rother (2007), os artigos de revisão estão entre os artigos científicos que utilizam fontes bibliográficas ou eletrônicas, com o objetivo de fundamentar teoricamente determinado tema, a partir de estudos de outros autores.

Dessa forma, a pesquisa foi realizada através de consulta às bases de dados bibliográficos eletrônicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, de artigos publicados no período entre 2011 a 2015, utilizando como palavras chaves <<Síndrome de *Burnout*>>, <<*Burnout*>>, <<Esgotamento Profissional>>; associadas ao descritor Profissional de Saúde. A consulta foi realizada entre os meses de abril a junho de 2016.

Como critérios de inclusão foram utilizados: formato de artigo, disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos, publicações em português e realizado com profissionais que atuam em serviços de saúde brasileiros. Os critérios de exclusão serão: capítulos de e/ou teses, capítulos de e/ou livros, anais de conferências,



congressos e outros materiais que não contemplem os critérios de inclusão.

A partir da seleção dos artigos, objetivando a análise dos mesmos, foi criado um formulário eletrônico, contemplando as principais informações sobre os mesmos, tais como: ano de publicação, número de autores, periódico onde foi publicado, tipo de estudo, tipo de instrumento utilizado, número de sujeitos envolvidos, profissionais pesquisados, tipo de serviço de saúde onde foi realizado (atenção primária, hospital, outros), se público ou privado, Unidade de Federação onde foi realizado o estudo e principais achados. Como resultado foi construída uma tabela resumida (Tabela 1), contemplando todos os artigos selecionados, de acordo com o ano de publicação, em ordem cronológica decrescente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Considerando os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente, foram encontrados 27 artigos, conforme pode ser observado a seguir:

Tabela 1: Artigos sobre Síndrome de *Burnout* entre profissionais de saúde no Brasil, selecionados da revisão de publicações (2011-2015)

(continua)

Artigo	Autores	Revista	Ano
Determinação dos Sinais e Sintomas da Síndrome de Burnout através de Profissionais da Saúde da Santa Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	ABREU, S.A.; MOREIRA, E.A.; LEITE, S.F.; TEIXEIRA, C.C.; SILVA, M.E.; CANGUSSU, L.M.B.; BARBOSA, D.C.M.; FREITAS, D.F.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2015
Prevalência de Burnout em Enfermeiros do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, por Meio do Questionário Maslach	FERREIRA, T.C.R.; AZEVEDO, J.F.F.C.; CUNHA, L.R.; CUNHA, A.C.; CARDOSO, N.E.S.O.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2015
Síndrome de burnout em técnicos de	FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R.	Rev. Bras. Epidemiologia	2015



Tabela 1: Artigos sobre Síndrome de *Burnout* entre profissionais de saúde no Brasil, selecionados da revisão de publicações (2011-2015)

(continuação)

Artigo	Autores	Revista	Ano
enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo			
A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil	SILVA, S.C.P.S.; NUNES, M.A.P.; SANTANA, V.R.; REIS, F.P.; MACHADO NETO, J., LIMA, S.O.	Ciência & Saúde Coletiva	2015
Prevalência de síndrome de burnout entre os anesthesiologistas do Distrito Federal	MAGALHÃES, E.; OLIVEIRA, A.C.M.S.; GOVÊIA, C.S.; LADEIRA, L.C.A.; QUEIROZ, D.M.; VIEIRA, C.V.	Revista Brasileira de Anestesiologista	2015
Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática	MORELLI, S.G.S.; SAPEDE, M. SILVA, A.T.C.	Rev Bras Med Fam Comunidade.	2015
Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Urgência/Emergência	PEREIRA, S.S.; SILVA, P.M.C.; AZEVEDO, E.B.; FAUSTINO, E.B.; ARAÚJO, Z.M.N.; FERREIRA FILHA, M.O.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2014
Relação entre Síndrome de Burnout, Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes de Ciências da Saúde	VIANA, G.M.; SILVA, T.G.; OLIVEIRA, C.T.; CASTRO, M.F.R.; CARREIRO, D.L.; COUTINHO, L.T.M.; MARTINS, A.M.E.B.L.; COUTINHO, W.L.M.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2014



Tabela 1: Artigos sobre Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde no Brasil, selecionados da revisão de publicações (2011-2015)

(continuação)

Artigo	Autores	Revista	Ano
Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional	NEVES, V.F.; OLIVEIRA, A.F.; ALVES, P.C.	Psico	2014
A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde	GIANASI, L. B.S; OLIVEIRA, D.C.	Estudos e Pesquisas em Psicologia	2014
Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde	MARTINS, L.F.; LAPORT, T.J.; MENEZES, V.P.; MEDEIROS, P.B.; RONZANI, T.M.	Ciência & Saúde Coletiva	2014
Síndrome de Burnout em Cirurgiões-Dentistas com Diferentes Atuações Profissionais	ZUCOLOTO, M.L.; GARCIA, P.P.N.S; JORDANI, P.C.; MAROCO, J.; BONAFÉ, F.S.S.; CAMPOS, J.A.D.B.	Psychology, Community & Health	2014
Inteligência Emocional como Estratégia de Prevenção contra a Síndrome de Burnout	CARVALHO, C.G.; MAGALHÃES, S.R.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2013
Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva	PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2013
Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem	THEME FILHA, M.M.; COSTA, M.A.S; GUILAM, M.C.R.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2013
Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife	LIMA, R.A.S.; SOUZA, A.I.; GALINDO, R.H.; FELICIANO, K.V.O.	Ciência & Saúde Coletiva	2013



Tabela 1: Artigos sobre Síndrome de *Burnout* entre profissionais de saúde no Brasil, selecionados da revisão de publicações (2011-2015)

(continuação)

Artigo	Autores	Revista	Ano
Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva	MONTEIRO, J.K.; OLIVEIRA, A.L.L. RIBEIRO, C.S.; GRISA, G.H. AGOSTINI, N.	Psicologia Ciência e Profissão	2013
Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência	BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L. LUNARDI, G.L.; TOMASCHEWSKI- BARLEM, J.G.; SILVEIRA, R.S.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2013
Exaustão Emocional em Enfermeiros de um Hospital Público	RISSARDO, M.P. ; GASPARINO, R.C.	Esc Anna Nery	2013
Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia	CAMPOS, J.A.D.B.; JORDANI, P.C.; ZUCOLOTO, M.L.; BONAFÉ, F.S.S. MAROCO, J.	Rev Bras Epidemiologia	2012
Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública	GUIDO, L.A.; SILVA, R.M.; GOULART, C.T.; BOLZAN, M.E.O.; LOPES, L.F.D.	Rev Esc Enfermagem USP	2012
Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem	FRANÇA, F.M.; FERRARI, R.	Acta Paul Enfermagem	2012
A Ocorrência da Síndrome de Burnout nos Acadêmicos do Último Ano do Curso de Fisioterapia	VASCONCELOS, R.P.; CASTRO, C.A. MOURA NETO, A.R.; ROCHA, S.G. BARROS, A.R.C.; ABDON, A.P.V.	Rev Fisioter S Fun. Fortaleza	2012



Tabela 1: Artigos sobre Síndrome de *Burnout* entre profissionais de saúde no Brasil, selecionados da revisão de publicações (2011-2015)

(conclusão)

Artigo	Autores	Revista	Ano
Burnout em residentes de enfermagem	FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA- MARTINS, L.A.; ZEITOUN, S.S.	Rev Esc Enfermagem USP	2011
Síndrome de Burnout e suas Consequências nos Profissionais de Enfermagem	CARVALHO, C.G.; MAGALHÃES, S.R.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2011
Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho	FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. SARINHO, S.W.	Ciência & Saúde Coletiva	2011
Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica no Rio Grande do Sul	LINCH, G.F.C.; GUIDO, L.A.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2011

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os artigos foram analisados de acordo com os seguintes aspectos: ano de publicação, periódico em que foi publicado, número de autores, tipo de estudo, instrumentos utilizados, número de sujeitos envolvidos, categoria profissional pesquisada, estabelecimento de saúde, tipo de serviço (público, privado, filantrópico), localização geográfica e prevalência da Síndrome de *Burnout* entre as populações pesquisadas.

Quanto ao ano de publicação, a média anual de artigos publicados foi de 5,4, sendo o ano inicial (2011) com 4 publicações (14,8%), 2012 com 4 (14,8%), 2013, ano com maior número de publicações, 7 artigos (25,9%), 2014 com 6 (22,2%), o mesmo número de artigos publicados em 2015 (22,2%). Estes dados demonstram o quanto a Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde no Brasil tem sido uma preocupação crescente entre os estudiosos.

Em relação aos periódicos, os artigos foram publicados em 16 revistas distintas. Assim, a maior parte delas (68,8%) teve somente 1 artigo publicado, 2 (12,5%) tiveram 2 publicações (em anos distintos). Somente 1 periódico (Revista da Universidade Vale do Rio Verde) teve 5 publicações, representando o maior número delas, seguido



de 1 (Revista Ciência & Saúde Coletiva) com 4 publicações e 1 revista (Rev. Latino-Americana de Enfermagem) com 3.

Referente ao número de autores houve uma grande variação, de um até oito autores. Entretanto, a maior parte dos artigos (25,9%) teve dois autores, seguido de seis autores (22,2%) e cinco autores (18,5%). Apenas 1 dos artigos (3,7%) teve um autor somente.

Quanto ao tipo de estudo, foram predominantemente descritivos. Em relação à forma de abordagem, predominaram os estudos quantitativos, correspondendo a 21 artigos (77,8%). Os estudos qualitativos totalizaram 5 artigos (18,5%) e somente 1 deles (3,7%) teve abordagem quali-quantitativa. Entre os 27 artigos analisados, 3 (11,1%) tratavam-se de revisão bibliográfica.

Levando em consideração os instrumentos utilizados, em 16 estudos, ou seja, na maior parte deles (59,3%), foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento psicométrico específico, seja em sua versão para profissionais ou na versão para estudantes.

Conforme Franco et al. (2011), o MBI é um instrumento psicométrico composto por 22 itens, incluindo 3 subescalas: Desgaste ou Exaustão Emocional (EE), Despersonalização ou Desumanização (DE) e Sentimento de Incompetência (IC) ou Falta de Realização Profissional (RP). Na subescala Desgaste ou Exaustão Emocional (EE) são avaliados os sentimentos do sujeito em relação ao seu trabalho, que indicam sobrecarga emocional, sendo um primeiro indicativo da SB, caracterizado por manifestações físicas e psíquicas e redução da capacidade para o trabalho. A Despersonalização avalia a característica específica de *Burnout*, que consiste na insensibilidade, frieza e indiferença no atendimento ao usuário. A última escala, ou seja, a de Sentimento de Incompetência ou Falta de Realização Profissional mensura a baixa eficiência e produtividade no trabalho.

Os itens/questões do instrumento utilizam pontuações de escala tipo *Likert*, de acordo com a frequência em que o profissional vivencia determinadas situações, sendo que a soma das subescalas definem um escore global. Desse modo, Franco et al. (2011) destacam que pontuações altas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuações baixas em Incompetência ou Realização Profissional podem indicar Síndrome de *Burnout*.

Em todos os 16 estudos em que foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), foi associado a este outro instrumento ou questionário sociodemográfico. Além disso, em dois deles foi utilizado outro instrumento validado (Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento- ITRA e Nursing Work Index – Revised - NWI-R).

Nos demais estudos, que não utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), foram utilizados outros instrumentos: Escala de Estressores e Escala de Sintomas em 1 artigo (3,7%); Escala de Satisfação no Trabalho, Escala de Percepção de



Suporte Organizacional e Escala de Caracterização de *Burnout* em 1 estudo (3,7%); e Questionário Job Stress Scale, também em apenas 1 estudo (3,7%). Entrevistas foram utilizadas em 3 artigos (11,1%) e questionários em 2 (7,4%). Do total de 27 artigos, 3 (11,1%), como já afirmado, tratam de revisões bibliográficas.

O número de sujeitos da amostra teve uma grande variação: o estudo com menor número envolveu 8 sujeitos, com um estudo quali/quantitativo; o estudo com maior número de pessoas, 534 profissionais, com um estudo quantitativo. Do total dos 27 artigos, em 8 (29,6%) o tamanho da amostra foi inferior a 50 sujeitos; em 5 (18,5%) foi entre 51 e 100; em 7 (25,9%) entre 101 e 200 profissionais; em 2, a amostra foi entre 300 e 400 sujeitos e em apenas 2, teve número superior a 400 pessoas.

Cabe salientar que, embora a maior parte dos estudos envolva profissionais graduados, totalizando 18 artigos (66,7%), 3 (11,1%) referem-se a estudos com acadêmicos de cursos da área de saúde, enquanto 2 (7,4%) a residentes e 1 (3,7%) a profissionais graduados e estudantes de curso superior. Isso demonstra o interesse por pesquisas até mesmo com profissionais de saúde em formação, considerando que estão também sujeitos a adoecimento relacionado ao trabalho já neste período, como apontam os estudos de Campos et al. (2012), com graduandos de Odontologia; Vasconcelos et al. (2012) com acadêmicos de Fisioterapia; Viana et al. (2014) envolvendo estudantes de Ciências da Saúde; Zucoloto et al. (2014), com acadêmicos do curso de Odontologia; Franco et al. (2011) com residentes de Enfermagem; e Guido et al. (2012) com residentes multiprofissionais.

No período de graduação é importante a prevenção da Síndrome de *Burnout*, levando em conta “que indivíduos que trabalham diretamente com seus pacientes estão sujeitos a uma enorme variedade de fontes de estresse, sendo um grupo afetado pelo chamado estresse ocupacional” (MONTE, 2002 apud VASCONCELOS, 2012, p. 45). Na mesma direção, Guido et al. (2012) salientam que na Residência, além dos estressores decorrentes da prática profissional, há outros decorrentes da própria situação acadêmica, como aulas, trabalhos, entre outros. Dessa forma, os residentes estão expostos tanto aos estressores da formação, como da profissão, e caso não sejam eliminados ou minimizados os expõem à Síndrome de *Burnout*.

Considerando as áreas de conhecimento da Saúde, os artigos foram predominantemente referentes a profissionais da Enfermagem, totalizando 14 estudos, correspondendo a 51,9% do total. Deste total, 8 estudos foram com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, 4 exclusivamente com enfermeiros, 1 com técnicos e 1 com residentes de enfermagem. De acordo com Carvalho e Magalhães (2011), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem um grupo de risco para a Síndrome de *Burnout*, devido ao fato de que os mesmos mantêm contato por mais tempo com usuários e familiares, estando expostos a constantes mudanças emocionais. França e Ferrari (2012) destacam que a equipe de enfermagem, que representa a maior força de trabalho nas instituições hospitalares, está exposta a



diversas situações estressantes, que interferem na saúde do trabalhador.

Para Ferreira e Lucca (2015), o trabalho em saúde exige atenção constante a sujeitos em situação de dependência. No caso de técnicos de enfermagem, “o contato íntimo com os pacientes de difícil manejo (com doenças graves, deprimidos, hostis e reivindicadores) e o receio de cometer erros durante o cuidado são fatores adicionais de estresse crônico (FERREIRA e LUCCA, 2015, p. 77).

A segunda categoria profissional com mais estudos pesquisados nesse período foi o de profissionais de Medicina – 4 artigos (14,8%). Morelli, Sapede e Silva (2015), através de revisão bibliográfica, destacam que é alta a prevalência de Síndrome de *Burnout* entre médicos da Atenção Primária, havendo associação com doenças físicas e psíquicas, assim como uso de álcool e substâncias psicoativas. Além disso, as faltas ao trabalho, o desejo de mudar de emprego e até mesmo o gasto farmacêutico maior por usuário foi mais comum entre os profissionais com maior exaustão emocional. Como características do trabalho contributivas para a SB entre esses profissionais, os autores destacaram: o tempo de atuação na área (quanto mais tempo, maior também o risco); número de horas trabalhadas (maior risco a partir de 40 horas semanais); número de pacientes atendidos; tipo de contrato de trabalho; duração do tempo de férias; dificuldades com outros profissionais não médicos, entre outras. Profissionais de Odontologia apareceram em 2 estudos (7,4%), seguido dos de Fisioterapia, em 1 (3,7%). Do restante, 5 estudos (18,5%) envolvem mais de uma categoria profissional e área de conhecimento e 1 (3,7%) com profissionais de Ciências da Saúde.

Em relação aos serviços de saúde nos quais foram realizados os estudos, Hospitais foram os mais frequentes, com 15 artigos (55,6%). Os profissionais de serviços de Atenção Básica ou Atenção Primária foram público-alvo de 4 estudos (14,8%). Já profissionais/acadêmicos de Instituições de Ensino Superior e Universidades foram contemplados em 5 estudos (18,5%). Em outro estudo, foram abordados profissionais ligados à Sociedade de Anestesiologistas, sem especificar o local de atuação. Da mesma forma, 2 dos estudos (7,4%) contemplaram categorias profissionais específicas, mas não determinaram o local de atuação.

Quanto ao tipo de serviço (público ou privado), a maior parte foi, exclusivamente, no setor público (15 estudos – 55,6%), 3 (11,1%) foram em serviços/instituições público e privado, assim como 2 (7,4%) em serviços privados e 1 (3,7%) em instituição filantrópica. Os demais compreenderam instituições diversas ou não foi possível identificar se público ou privada.

Em relação à localização geográfica, os estudos foram desenvolvidos em 12 estados distintos: com destaque para São Paulo – 6 (22,2%), Minas Gerais – 4 (14,8%) e Rio Grande do Sul – 4 (14,8%). Se considerarmos as regiões, todas tiveram pelo menos 1 estudo. A região com maior número foi a Região Sudeste, com 11 artigos (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro), correspondendo a 40,7% do total.



A segunda região com maior número foi a Nordeste, com 5 – 18,5% (Pernambuco, Ceará, Paraíba e Sergipe), seguida da Região Sul, com 4 estudos – 14,8% (somente Rio Grande do Sul) e da Região Centro-Oeste, com 3 (Distrito Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul). A Região Norte foi a com menor número, com somente 1 artigo, no estado do Pará.

Quanto aos estudos que calcularam a Prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de saúde pesquisados, utilizando o *Maslach Burnout Inventory* – MBI, houve uma grande variação, desde prevalência de 5,1% até 65,1%.

Assim, Lima et al. (2013) estimaram a prevalência de 5,1% entre os médicos de um hospital público de Recife (Pernambuco), além de identificar que para 37,3% dos profissionais duas das três dimensões do MBI indicavam alta propensão à *Burnout*.

Ferreira e Lucca (2015) identificaram entre os técnicos de enfermagem de um hospital público no Estado de São Paulo, prevalência de SB em 5,9%. Além disso, 23,6% desses apresentaram alto desgaste emocional; 21,9% alta despersonalização; e 29,9% baixa realização profissional. Foi encontrada associação estatisticamente significativa do desgaste emocional e de baixa realização profissional com setor de trabalho, tendo um número mais elevado nos setores do centro cirúrgico, da emergência e da unidade de terapia intensiva (UTI). Os autores explicam que nestes setores as tarefas são mais complexas, bem como as demandas emocionais são mais elevadas, tanto pela gravidade dos casos ou pelo risco de complicações. Foi encontrada ainda associação entre exaustão emocional e o estado civil, sendo mais elevada nos profissionais sem companheiro/a. Nesse estudo, quanto à Despersonalização, foi identificada associação com possuir filhos, constatando-se que trabalhadores com filhos apresentaram menores taxas de *Burnout* em relação aos trabalhadores sem filhos.

No estudo de Franco et al. (2011), com residentes de Enfermagem em um hospital do Estado de São Paulo, 17.2% mostraram valores elevados em Exaustão Emocional e Despersonalização; 18.8% comprometimento em Incompetência/falta de Realização Profissional, dos quais 75% pertenciam às especialidades de Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica. Além disso, foi identificado alteração nas 3 subescalas de 1 dos residentes (6,3%), sendo caracterizado como portador da Síndrome de *Burnout*.

Em pesquisa desenvolvida por Silva et al. (2015), com profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais) da Atenção Primária à Saúde na cidade de Aracaju (Sergipe), foi identificada prevalência de 6,7% (quando utilizado o critério de Maslach) e de 10,8% (considerando alteração em 2 das subescalas).

França e Ferrari (2012) calcularam em 9,6% a ocorrência da SB entre profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) de dois hospitais de Mato Grosso,



dos quais identificados com a síndrome, 53,8% eram enfermeiro(as) e 46,2% técnicos/auxiliares.

Entre profissionais inscritos na Sociedade de Anestesiologia do Distrito Federal, Magalhães et al. (2015) encontraram prevalência de SB de 10,4%, sendo principalmente em homens (64,2%), na faixa de 30 a 50 anos (64,2%), com mais de dez anos de profissão (64,2%), com atuação em plantões noturnos (71,4%), sedentários (57,1%) e que não fazem cursos não relacionados à medicina (78,5%).

Zucoloto et al. (2014), que estudaram a SB entre Cirurgiões-Dentistas com diferentes atuações, incluindo estudantes de graduação, encontraram a ocorrência da mesma em 23,2% dos estudantes, em 10% dos cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público de saúde e em 4,3% dos professores de graduação em Odontologia. Ainda entre estudantes de graduação, Campos et al. (2012) identificaram que 17% dos estudantes do curso de Odontologia de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo apresentavam Síndrome de *Burnout*.

No estudo realizado por Guido et al. (2012), entre residentes multiprofissionais de uma Universidade pública no Estado do Rio Grande do Sul, 27% dos mesmos apresentaram indicativo para Síndrome de *Burnout*.

Martins et al. (2014), em pesquisa realizada com profissionais da Atenção Primária à Saúde de três municípios de pequeno porte de Minas Gerais, utilizando o critério de classificação alta em qualquer uma das três subescalas do MBI, identificaram que 41,6% dos profissionais tinham indicação positiva para esgotamento profissional.

O estudo no qual foi identificado a maior prevalência de SB foi o de Viana et al. (2014), no qual se estimou em 65,1% a prevalência entre estudantes de Ciências da Saúde, dos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, de uma instituição de ensino superior de Minas Gerais.

Ferreira et al. (2015) identificaram que enfermeiros de um hospital de urgência e emergência do Pará apresentavam um alto nível de estresse com predisposição para manifestação da Síndrome de *Burnout*, com nível alto para Exaustão Emocional, nível moderado para Despersonalização e nível baixo para Realização Pessoal.

Em estudo realizado por Pereira et al. (2014) com auxiliares, técnicos e enfermeiros de um hospital de urgência/emergência da Paraíba foi encontrado nível moderado de SB, visto que mais de 80% apresentaram sentimento de Incompetência moderado. Além disso, os escores foram moderados para as três dimensões, tanto nos atuantes na emergência, quanto na UTI, mas não havendo diferenças significativas entre o desenvolvimento de Exaustão Emocional e Despersonalização em relação ao turno de trabalho. Entretanto, os autores destacam que mesmo sendo moderado, os dados devem servir de alerta para a observância de sinais e sintomas e possíveis intervenções, “a fim de minimizar os danos do esgotamento e tencionar



o compromisso com o trabalho tornando-o mais eficiente e eficaz” (PEREIRA et al, 2014, p. 646).

Vasconcelos et al. (2012), através da aplicação do MBI, identificaram, entre acadêmicos do último ano do curso de Fisioterapia de uma instituição de ensino superior privada do Estado do Ceará, escore elevado para a subescala Exaustão Emocional em 54% deles, 36% com escore médio para Despersonalização e 46% com escore baixo e 44% com escore médio para o item Realização Profissional. Esses dados apontaram sinais de estresse compatíveis com *Burnout* em nível médio, vinculado possivelmente ao somatório das exigências da prática profissional com as atividades acadêmicas, levando em conta as pressões sofridas durante a prática de estágio.

Com o objetivo de avaliar as características do ambiente da prática profissional de enfermeiros e sua relação com *Burnout*, Panunto e Guirardello (2013) desenvolveram pesquisa com profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de Adulto de diversos hospitais de uma região do interior do Estado de São Paulo. No estudo foi possível identificar que os enfermeiros apresentavam nível moderado de SB em todas as suas subescalas (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional), mas os autores destacaram que a subescala Despersonalização apresentou média acima de outros estudos.

Nesse mesmo sentido, Rissardo e Gasparino (2013) encontraram nível moderado da Síndrome de *Burnout* entre enfermeiros de um hospital público, localizado no interior do Estado de São Paulo, em que a análise da média das subescalas constatou moderado nível de Exaustão Emocional, de Despersonalização e diminuição da Realização Profissional. Além disso, o estudo demonstrou uma associação entre Exaustão Emocional e o turno de trabalho, já que os enfermeiros que trabalhavam à noite sentiam-se mais exaustos emocionalmente se comparados com os do dia. Referentes às características sociodemográficas e profissionais, nas outras subescalas não houve associações significativas.

Em relação aos dados qualitativos, não coube analisá-los no presente artigo. Considerando a complexidade dos mesmos, esta análise resultaria em um novo estudo.

Cabe ressaltar ainda que os artigos, quase na sua totalidade, destacaram a importância da prevenção da Síndrome de *Burnout*. Segundo Theme Filha, Costa e Guilam (2013), para prevenir ou minimizar o estresse no trabalho é preciso, sobretudo, mudanças na organização do trabalho, em direção à maior satisfação. Assim, faz-se necessário uma política de recursos humanos voltada à participação dos profissionais de saúde, que por sua vez contribuirá para melhores resultados tanto para estes, como para os próprios usuários.

Nesse mesmo sentido, Panunto e Guirardello (2013), enfatizam a importância de estudos teóricos que justifiquem as características do ambiente de trabalho e avaliem essas variáveis sob a perspectiva dos profissionais, como forma de subsidiar



estratégias e propor mudanças nos locais de trabalho, que trarão benefícios tanto para as instituições, como melhora na qualidade da assistência e menor afastamento do trabalho por parte dos profissionais, como também para o usuário, que terá uma assistência melhor e mais segura.

Morelli, Sapede e Silva (2015) afirmam que a SB entre os profissionais médicos trazem consequências negativas tanto para o próprio trabalhador, como para os serviços de saúde, à medida em que compromete a efetividade do atendimento prestado. O autor sugere mudanças na organização do trabalho, como redução no número de usuários atendidos, diminuição de horas trabalhadas, gerenciamento de conflitos, entre outros.

Na mesma direção, Rissardo e Gasparino (2013) ressaltam que:

O avanço da tecnologia implica mudanças no ambiente de trabalho que afetam o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, e, por isso, a Síndrome de Burnout precisa ser considerada um problema de saúde pública. Destaca-se a importância de se avaliar a síndrome entre as diversas categorias de profissionais de enfermagem a fim de que as instituições possam adotar estratégias que contribuam para melhorias no ambiente de trabalho, tornando-o menos estressante, pois os custos do desenvolvimento e manifestação do Burnout são significativos não somente para os profissionais, mas também para os pacientes, instituições e sociedade. (RISSARDO, 2013, p. 131).

Conforme lembram França e Ferrari (2012), o trabalho deve proporcionar ao trabalhador o desenvolvimento de suas potencialidades e não constituir-se como um fardo ou fonte de desprazer. Compreender os fatores envolvidos no processo saúde-doença permitirá ações voltadas à melhoria das condições de trabalho destes profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho não teve a pretensão de esgotar o tema, mas trazer à tona como a Síndrome de *Burnout* vem sendo estudada e descrita em pesquisas que envolvem diversos profissionais de saúde, em especial no período dos últimos cinco anos.

A revisão permitiu identificar um número considerável de artigos, que demonstram a preocupação de pesquisadores com este transtorno entre os referidos profissionais. Os estudos foram predominantemente com profissionais de Enfermagem, em instituições/serviços de saúde públicos, de natureza quantitativa, utilizando o instrumento, já validado para a versão brasileira, *Maslach Burnout Inventory* (MBI).



Outras categorias profissionais também foram contempladas com estudos, como médicos e odontólogos. Entretanto, neste período não foram identificados artigos sobre a Síndrome de *Burnout* entre profissionais graduados de Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e outros, que também são profissionais que trabalham com o cuidado e, portanto, estão sujeitos a este tipo de adoecimento. Assim, sugere-se a realização de estudos que contemplem também estes profissionais.

Embora os estudos tenham demonstrado um intervalo grande entre as prevalências mensuradas, considerando os pontos de corte e tenham contado com tamanho de amostras bem diferenciados, o que limita a comparação dos dados entre eles, indicaram que a Síndrome de *Burnout* é um problema entre os profissionais de saúde. Mesmo naqueles em que a prevalência foi menor, o risco para o desenvolvimento da SB esteve presente, com escores moderados, em especial para a Exaustão Emocional, que seria uma primeira manifestação de adoecimento.

Cabe destacar ainda que os estudos foram realizados com os trabalhadores que estavam ativos no momento da realização das pesquisas, excluindo aqueles afastados do trabalho. Sendo assim, a prevalência da Síndrome de *Burnout* pode ser ainda maior, considerando que entre os afastados podem existir casos dessa doença.

Ainda, a identificação de prevalência de *Burnout* entre as diversas categorias, em todas as regiões do país, em diversos níveis de atenção à saúde, tanto no setor público, como no privado, indicam que não é um problema localizado, exclusivo de determinado setor ou profissão. Faz-se necessário avançar na compreensão dos fatores que provocam ou desencadeiam o adoecimento, para interferir nos mesmos, prevenindo sua ocorrência e melhorando tanto a assistência prestada ao usuário, como promovendo a saúde dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. A. et al. Determinação dos sinais e sintomas da Síndrome de Burnout através dos profissionais da saúde da Santa Casa de Caridade de Alfnas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n.1, p. 204-238, 2015.

BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 293-299, 2013.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In: _____. (Org.). **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 21-92.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, n. 1, p. 4-11, ago. 2003. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Stress_qualidade_de_vida/007%20B%20



-%20Burnout%20-%20Diversos%20artigos%20-%20REVISTA%20ELETR%20D4NICA. PDF#page=4>. Acesso em: 18 fev. 2016.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 155-165, 2012.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. Síndrome de Burnout e suas consequências nos Profissionais de Enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n. 1, p. 200-210, 2011.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. Inteligência Emocional como estratégia de prevenção contra a Síndrome de Burnout. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 540-550, 2013.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout? In: CODO, W. (Org.). **Educação: Carinho e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 237-255.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre Médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015.

FERREIRA, T. C. R. et al. Prevalência de Burnout em Enfermeiros do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, por meio do Questionário Maslach. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 175-185, 2015.

FRANCO, G. P. et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 12-18, 2011.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012.

GIANASI, L. B. S.; OLIVEIRA, D. C. A Síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 756-772, 2014.

GUIDO, L. A. et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2012.

LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A. Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 63-71, 2011.

MAGALHÃES, E. et al. Prevalência de síndrome de burnout entre os anesthesiologistas do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2. p. 104-110, 2015.



MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MONTEIRO, J. K. et al. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

NEVES, V. F.; OLIVEIRA, A. F.; ALVES, P. C. Síndrome de Burnout: impacto da satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional. **Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 45-54, 2014.

PANUNTO, M. R; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros da terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 756-772, 2013.

PEREIRA, S. S. et al. Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Urgência/Emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 636-647, 2014.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão Emocional em Enfermeiros de um Hospital Público. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 128-132, 2013.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007.

SILVA, S. C. P. S. et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.

THEME FILHA, M. M.; COSTA, M. A. S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 475-483, 2013.

VASCONCELOS, R. P. et al. A Ocorrência da Síndrome de Burnout nos acadêmicos do último ano do Curso de Fisioterapia. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 1, n.1, 2012.

VIANA, G. M. et al. Relação entre Síndrome de Burnout, ansiedade e qualidade de vida entre estudantes de Ciências da Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n.1, p. 876-885, 2014.

ZUCOLOTO, M. L. et al. Síndrome de Burnout em cirurgiões-dentistas com diferentes atuações profissionais. **Psychology, Community & Health**, v. 3, n. 2, p. 62-72, 2014.



SAÚDE E DISFONIA VOCAL, FATORES ASSOCIADOS EM PROFESSORES DE UMA ESCOLA ESTADUAL DO INTERIOR DO RS

Sueli Zandonato¹

Guilherme Görgen da Rocha²

Hildegard Hedwig Pohl³

INTRODUÇÃO

A saúde vocal de trabalhadores da educação, especialmente professores, tem apresentado preocupação quanto aos fatores determinantes e agravantes das disfonias vocais e outros problemas relacionados à voz. Esses agravos são decorrentes do uso intensivo da voz como instrumento de trabalho, como exige a docência. Segundo Behlau, a voz do professor é apontada por ele mesmo como um dos seus principais recursos de trabalho (2004, p. 2).

Para Silva (2016), a disфонia é uma mudança no funcionamento da voz, decorrente de abusos vocais, que pode ser evitada com cuidados como a saúde geral, física e mental, aspectos ambientais e relações de trabalho. Essas alterações interferem no corpo e na mente, gerando doenças que afetam aspectos importantes da vida pessoal.

Há indícios de que a associação entre o ruído ambiental e o aumento da intensidade da voz são fatores de risco para alterações vocais, visto que falar com intensidade forte pode ser incorporado e se tornar um hábito mesmo fora da sala de aula. A fadiga vocal é consequência da intensa sobrecarga de trabalho e uso contínuo da voz (PIZOLATO et al., 2013). As alterações vocais apresentam maior prevalência nas mulheres devido às diferenças de configuração glótica, já que estas possuem menor quantidade de fibronectina e de ácido hialurônico nas pregas vocais. Isso explica a maior prevalência de nódulos e edema de Reinke ser mais frequente no sexo feminino (PELLICANI; RICZ; RICZ, 2015).

Além dos fatores acima citados, Giannini Latorre e Ferreira (2013) confirmaram a associação entre distúrbio de voz e estresse no trabalho, assim como também distúrbio de voz com perda de capacidade para o trabalho, em professores da rede municipal de ensino em São Paulo. Para os mesmos autores a baixa e moderada capacidade para o trabalho desses profissionais está relacionada à presença de distúrbios de voz,

1 Fonodíologa / prefeitura Municipal de Anta Gorda.

2 Fisioterapeuta/ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC.

3 Educadora Física/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



independentemente dos fatores de estresse, idade e acústica insatisfatória. Portanto, intervenções da fonoaudiologia são importantes para o cuidado da saúde, tais como a orientação sobre higiene vocal e outros cuidados na prevenção do aparecimento de problemas da voz.

Para a fonoaudiologia é importante que sejam consideradas as condições de trabalho do profissional, como o ambiente físico, ruído, poeira, as relações entre os docentes, alunos e direção, bem como a relação com os pais. Além desses cuidados deve-se considerar a vida pessoal, lazer, atividade física e relações familiares, visto que podem interferir negativamente no principal instrumento de trabalho, a voz. A observação da atividade docente também é importante para o entendimento da situação real. O docente geralmente possui carga horária de 40 a 60 horas semanais, com grandes responsabilidades e frequentemente com pouca colaboração dos alunos, portanto realiza grande esforço vocal. Somado a isso, há o desgaste emocional, salários não condizentes aos anos de preparação, e a não valorização do profissional (FILLIS et al., 2016).

Esses fatores podem prejudicar a saúde vocal, já que o uso abusivo da voz gera esforços e adaptações, que podem ocasionar alterações nas estruturas do sistema vocal. Outro fator importante é o estresse ocupacional gerado pelas relações conflitantes, o assédio moral, que resulta em adoecimento, afastamento e muitas vezes em incapacidade para o desempenho da função, com resultados negativos na vida profissional e pessoal (COSTA et al., 2013).

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma cidade com aproximadamente 6 mil habitantes, em que predomina a produção primária com destaque para produção de milho, gado leiteiro, criação de porcos e pastagens para animais, sendo a maior população na área rural, com 3,7 mil habitantes. A população estudantil da cidade é de 668 alunos atendida por 90 professores. A escola estadual, objeto do presente estudo, conta com 26 professores e 280 alunos, abrangendo o ensino fundamental e médio.

Diante dessa realidade surge a necessidade de identificar a possibilidade de alterações vocais decorrentes do trabalho, buscando identificar, também, os fatores associados que podem contribuir negativamente na saúde vocal desses docentes, muitas vezes impotentes diante da situação e com pouco conhecimento quanto ao uso correto da voz.

No presente estudo as hipóteses são: estariam os professores da escola estadual do interior do RS sujeitos a quadros de disfonia? Estão presentes, entre os professores da escola Sagrado Coração de Jesus de Anta Gorda-RS, distúrbios vocais em prejuízo ao processo da fonação? Quais os possíveis fatores de risco presentes entre os professores?

Este estudo propõe o seguinte problema de pesquisa: quais os agravos vocais, como disfonia vocal e fatores de risco, presentes entre os professores de uma escola



estadual do interior do RS? Diante dessas questões, o objetivo é identificar a possível presença de disfonia vocal e fatores de risco associados, em professores de uma escola estadual do interior do RS.

MÉTODO

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo transversal descritivo (HULLEY, 2015), do qual fizeram parte 21 professores em atividade na Escola Estadual Sagrado Coração de Jesus de Anta Gorda-RS. Esta cidade possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,740 e IDHM Educação de 0,630 e conta com aproximadamente 6 mil habitantes, sendo 3,7 mil localizados em zona rural e 2,3 mil em zona urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), divulgado pela ONU, parte do princípio de que para aferir o avanço de uma população leva-se em consideração a dimensão econômica e outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade e vida humana. A população da pesquisa constou de todos os professores, de ambos os sexos, selecionados por conveniência desde que vinculados à escola, que aderiram voluntariamente, independente da área de atuação. Foram excluídos professores que não atendiam aos critérios de inclusão, afastados da atividade na escola no período da pesquisa e os que não firmaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Antecedendo a coleta de dados foi realizada reunião em sala específica da escola, quando foram expostos os objetivos do estudo, assim como os esclarecimentos sobre o preenchimento do questionário, momento em que os professores firmaram o TCLE.

Para a coleta de dados foi utilizado questionário adaptado de Behlau e Dragone (2004), composto de 30 questões fechadas (múltipla escolha), abertas, autorreferidas, enfocando aspectos demográficos, condições profissionais e ambientais, além de cuidados com a saúde em geral, assim como a saúde vocal.

Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 20.0, EUA), utilizando-se estatística descritiva (frequência e percentual), média e desvio padrão. Dos resultados foram priorizados os com maior percentual e serão expressos nas tabelas a seguir.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – CEP/UNISC, sendo apreciada e aprovada pelo protocolo nº 1.540.151 de acordo com a Resolução CONEP nº 466/12 - CNS/MS.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 21 professores da rede estadual de ensino da cidade de Anta Gorda-RS, dos quais vinte (95,2%) eram do sexo feminino, com média



de idade de $43,81 \pm 6,80$ anos, predominando a faixa etária de 40 a 49 anos, sendo 90,5% dos sujeitos casados e com filhos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas dos sujeitos

Dados demográficos	
Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	1 (4,8)
Feminino	20 (95,2)
Idade (anos)	$43,81 \pm 6,80$
Faixa etária	
< 40 anos	5 (23,8)
40-49 anos	11 (52,4)
≥ 50 anos	5 (23,8)
Estado civil	
Casado	19 (90,5)
Solteiro	2 (9,5)
Tem filhos	
Sim	19 (90,5)
Não	2 (9,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Observa-se que metade dos sujeitos pratica atividade física regularmente, enquanto 42,9% o fazem na frequência semanal recomendada (Tabela 2), o que indica uma frequência maior do que a encontrada na população brasileira que é de 14,9% de indivíduos que são fisicamente ativos (MALTA et al., 2006).

Tabela 2 - Características dos sujeitos em relação à atividade física

Atividade Física	
Atividade física regular	
Variáveis	n (%)
Sim	11 (52,4)
Não	1 (4,8)
Às vezes	9 (42,9)
Frequência semanal	
Variáveis	n (%)
Todos os dias	6 (28,6)
1x por semana	7 (33,3)
2x por semana	4 (19,0)
3x por semana	3 (14,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Quanto às características do trabalho, 15 (71,4%) dos sujeitos trabalham de 40 a 49 horas semanais, 9 (42,9%) professores têm mais de 20 anos de profissão, 11 (52,4%) possuem mais de 20 alunos em sala de aula e 19 (90,5%) usam giz (Tabela 3).

Tabela 3 - Características das atividades laborais dos sujeitos pesquisados

Características de trabalho		n (%)	
Horas de trabalho semanais		Tempo de profissão *	
Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
20-29 horas	1 (4,8)	< 5 anos	1 (4,8)
30-39 horas	2 (9,5)	5-10 anos	3 (14,3)
40-49 horas	15 (71,4)	11-15 anos	4 (19,0)
≥ 50 horas	3 (14,3)	16-20 anos	3 (14,3)
Numero de alunos		21-25 anos	3 (14,3)
Variáveis	n (%)	26-30 anos	5 (23,8)
≤ 20 alunos	9 (42,9)	> 30 anos	1 (4,8)
> 20 alunos	11 (52,4)		
Recursos pedagógicos			
Usa giz			
Sim	2 (9,5)		
Não	19 (90,5)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto ao estilo de vida pode-se observar que 14 (66,7%) dos professores tomam água regularmente, predominando a quantidade de 1 a 1,9 litros de água por dia 10 (47,6 %). Dos sujeitos, 20 (95,2%) não possuíam hábito tabágico e 14 (66,7 %) não ingeriam bebida alcoólica. Do mesmo modo, 14 (66,7%) relataram não sentir dor de cabeça e 14 (66,7%) mantinham boa qualidade de sono, 17 (81,0 %) sentem-se dispostos ao acordar, e 15 (71,4%) “às vezes” sentem-se cansados, assim como 11 (52,4%) “às vezes” apresentam dor cervical (Tabela 4).



Tabela 4 - Variáveis referentes ao estilo de vida dos sujeitos

Variáveis referentes ao estilo de vida n (%)					
Em relação a água		Fumo		Qualidade do sono	
Sim	14 (66,7)	Sim	1 (4,8)	Sim	14 (66,7)
Não	2 (9,5)	Não	20 (95,2)	Não	5 (23,8)
As vezes	5 (23,8)	Bebida alcoólica		Nem sempre	1 (4,8)
		Sim	-	Não respondeu	1 (4,8)
		As vezes	7 (33,3)	Disposição ao acordar	
		Não	14 (66,7)	Sim	17 (81,0)
Quantidade de água		Dor de cabeça		Não	3 (14,3)
< 1 litro	1 (4,8)	Sim	6 (28,6)	Não respondeu	1 (4,8)
1-1,9 litros	10 (47,6)	Não	14 (66,7)	Acorda cansado	
2-2,9 litros	5 (23,8)	Não respondeu	1 (4,8)	Sim	1 (4,8)
3-3,9 litros	-	Dor cervical		Não	5 (23,8)
> 4 litros	1 (4,8)	Sim	3 (14,3)	As vezes	15 (71,4)
		Não	7 (33,3)		
		As vezes	11 (52,4)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Entre os sintomas relacionados à voz, referidos com maior frequência pelos sujeitos estão: a “sensação de incômodo na garganta”, em 15 (71,4%), “falhas na voz” e “ansiedade”, ambas com 13 (61,9 %); “sensação de secura na garganta”, 9 (42,9%); “Precisam impor intensidade na voz e sentem a respiração curta”, 13 (28,6%). Nos demais sintomas questionados as respostas positivas foram inferiores a 15%, indicando a baixa incidência destes no grupo investigado (Tabela 5).

Tabela 5 - Presença ou não de sintomas relacionados à saúde vocal.

Sintomas	Sim n (%)	Não n (%)	Sintomas	Sim n (%)	Não n (%)
Medo	2 (9,5)	19 (90,5)	Necessidade de limpar a garganta, pigarrear	2 (9,5)	19 (90,5)
Ansiedade	13 (61,9)	8 (38,1)	Sensação de obstrução na garganta	1 (4,8)	20 (95,2)
Cansaço	-	21 (100,0)	Respiração curta enquanto fala	6 (28,6)	15 (71,4)
Cansaço vocal	2 (9,5)	19 (90,5)	Sensação de raspar a garganta	3 (14,3)	18 (85,7)
Falhas na voz	13 (61,9)	8 (38,1)	Sensação de queimação ou ardência na garganta	1 (4,8)	20 (95,2)
Perda vocal no final de frases	1 (4,8)	20 (95,2)	Dor na garganta	-	21 (100,0)
Perda vocal no meio de frases	-	21 (100,0)	Enfraquecimento ou perda da voz no final do período diário de aula	1 (4,8)	20 (95,2)
Sensação de secura na garganta	9 (42,9)	12 (57,1)	Voz rouca na sexta-feira e de boa qualidade após descanso no fim de semana	3 (14,3)	18 (85,7)
Incômodo na garganta	15 (71,4)	6 (28,6)	Quebras na voz durante uma explanação corriqueira	-	21 (100,0)
Esforço para falar	3 (14,3)	18 (85,7)	Voz rouca por vários dias	-	21 (100,0)
Sensação de aperto na garganta	3 (14,3)	18 (85,7)	Diminuição da flexibilidade vocal (dificuldade para canta	1 (4,8)	20 (95,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Ao considerar o inimigo número um da voz na concepção dos professores foram referidas com maior percentual o “gritar”, 3 (14,3%), o “estresse”, 2 (9,5%), o “falar alto”, 2 (9,5%) e “a respiração curta”, 2 (9,5%). Cabe ressaltar que 6 (28,5 %) dos sujeitos não responderam esta questão. Já no que concerne ao que é possível melhorar no trabalho para proteger a voz, destacamos que “tomar água” foi o mais citado por 3 (13,4%) dos professores (Tabela 6).

Tabela 6 - No que se refere à voz

Inimigo número um da voz	n (%)	O que é possível melhorar no ambiente de trabalho	n (%)
Barulho	1 (4,8)	Beber mais água	2 (9,5)
Clima	1 (4,8)	Cuidar o tom da voz	1 (4,8)
Estresse	2 (9,5)	Falar mais baixo	1 (4,8)
Falar alto	2 (9,5)	Falar menos	2 (9,5)
Falar muito	1 (4,8)	Frio	2 (9,5)
Falhas PR	1 (4,8)	Ter microfone	1 (4,8)
Frio	1 (4,8)	Tomar água	3 (13,4)
Gripe	1 (4,8)	Silêncio	1 (4,8)
Gritar	3 (14,3)	Não usar giz	8 (38,1)
Respiração curta	2 (9,5)	Não respondeu	
Não respondeu	6 (28,5)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os aspectos relacionados à saúde vocal na questão que se refere à necessidade de impor a intensidade na voz, 13 (61,9 %) dos professores responderam “às vezes”, 6 (28,6 %), “sim”, e apenas 2 (9,5 %), “não”. Quando questionados sobre se já tiveram problemas na voz, 6 (28,6 %) responderam que “sim”, mas apenas 2 (9,5 %) consultaram o médico otorrinolaringologista e realizaram algum exame. Foram encaminhados a um fonoaudiólogo 3 (14,3%), destes 2 (9,5%) consultaram com um fonoaudiólogo e somente 1 (4,8%) efetivamente realizou fonoterapia. Em relação a diagnóstico de alguma patologia vocal 2 (9,5 %) relataram já ter sido diagnosticada disfonia e 1 (4,8 %), nódulos vocais (Tabela 7).



Tabela 7 - Aspectos relacionados à saúde vocal

Precisa impor intensidade na voz	n (%)
Sim	6 (28,6)
Não	2 (9,5)
As vezes	13 (61,9)
Já teve problemas na voz	n (%)
Sim	6 (28,6)
Não	14 (66,7)
Não respondeu	1 (4,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

Entre os resultados encontrados no presente estudo foi observado que a maioria dos sujeitos não recorreram a atendimento profissional e somente três professores foram diagnosticados com alterações vocais. Os sintomas mais citados foram a “sensação de incômodo na garganta”, a “ansiedade” e “falhas na voz”. A pesquisa de Mendes et al. (2013) observou docentes que utilizam maior intensidade vocal durante o trabalho, Costa et al. (2013), constataram que a ansiedade e o estresse causam alterações fisiológicas no organismo, portanto, quanto maior ansiedade, maior número de sintomas vocais. Hermes (2015) relata que, a tensão muscular cervical, a respiração costal superior e aspectos emocionais, podem gerar pontos de tensão na região glótica, causando falhas na voz.

Quanto às queixas relatadas pelos professores parece distribuir-se igualmente entre os docentes com e sem alterações relacionadas à voz. Muitos fatores podem causar distúrbio vocal, como o ambiente, sobrecarga de atividades, ansiedade e estresse, fatores estes que interferem na produção da voz. Entretanto a relação pode ser inversa, os distúrbios vocais podem ser causa de estresse, ansiedade e frustrações, interferindo na qualidade de vida e no trabalho (COSTA et al., 2013).

Giannini Latorre e Ferreira (2013) constataram envelhecimento precoce funcional nos docentes com alteração da voz. O desconforto no trato vocal, a intensa carga horária e uso contínuo da voz podem justificar a presença de fadiga vocal. Sendo assim é importante a ingestão de água durante o trabalho, para prevenir o ressecamento do trato vocal. O pó do giz pode agravar as manifestações de alergias e o refluxo gastroesofágico pode ocasionar pigarro e tosse (PIZOLATO et al. 2013).

Para Mendes et al. (2013), a demanda vocal excessiva e intensidade elevada da voz podem sobrecarregar o aparelho fonador, portanto o ruído na sala de aula também pode estar relacionado à elevação da intensidade vocal, pois, para isso, o



indivíduo altera o ajuste motor do aparelho fonatório, associado à tensão muscular e elevação da laringe. Falar em intensidade forte gera alterações e lesões vocais importantes (FILLIS et al., 2016).

Diante dos sintomas encontrados no presente estudo, cabe ressaltar recomendações sobre a preservação da voz. Conforme Belhau, Dragone e Nagano (2004, p. 7) a voz pode dar sinais auditivos de estar sofrendo alguma alteração. Para Giacomolli (2014), o ato da fala, por ser natural, passam despercebidos a complexidade, importância e o modo de utilização. Para Mendes, et al. (2013) e Souza (2011), a fadiga vocal está relacionada à hidratação, diminui o trauma da vibração, portanto a hidratação é um dos principais agentes promotores da qualidade vocal. Belhau, Dragone e Nagano (2004) recomendam que a água seja ingerida em temperatura ambiente e em pequenos goles, consumindo dois litros de água durante o dia e respeitando um repouso vocal.

Segundo Belhau, Dragone e Nagano (2004), cuidados importantes para manter a saúde vocal são: a prática de atividade física regular, já que melhora a capacidade pulmonar e o condicionamento físico. Além de reduzir o estresse e as tensões, propiciam o relaxamento corporal, contribuindo diretamente com a produção vocal.

Souza (2011) refere outros cuidados, como: evitar beber bebidas geladas ou muito quentes, não falar muito alto ou gritar, respirar corretamente, buscar auxílio de profissionais, evitar alimentos que interferem negativamente na qualidade da voz, manter o tônus corporal adequado e observar os sinais de cansaço, stress e desgaste que estão sendo enviados pelo corpo, para não sobrecarregar a laringe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, no presente estudo se confirmou a presença de sintomas vocais na maioria dos professores da escola Estadual Sagrado Coração de Jesus de Anta Gorda-RS, sendo os mais expressivos a sensação de incômodo na garganta, a ansiedade e as falhas na voz. No entanto, quanto à disfonia esta só foi detectada em dois profissionais. Esses resultados podem estar associados às questões da qualidade de vida, tais como o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, seja na saúde, seja na educação e outras dimensões que afetam a vida humana. O município apresenta (IDH-M 0,740), que gera comportamentos mais positivos no espaço escolar.

Cabe destacar que a presença dos sintomas junto aos professores remete à necessidade de cuidados e orientações que possam minimizar este quadro, evitando a evolução desses sintomas em casos mais graves.



REFERÊNCIAS

BEHLAU, M.; PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995.

BEHLAU, M.; DRAGONE, L. S. **A voz que ensina: O professor e a comunicação oral em sala de aula**. São Paulo: Revinter, 2004.

COSTA, D. B. da,; et al. Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais, **Rev. CEFAC**, jul-ago., 2013. Disponível em: <://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/29>. Acesso em: 03 jul. 2016.

FILLIS, M. M. A.; et al. Frequência de problemas vocais autorreferidos e fatores ocupacionais associados em professores da educação básica de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(1): jan, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000100701>. Acesso em: 10 abr. 2016.

GIACOMOLLI, G. A voz como instrumento de trabalho. **REI- Revista de Educação de IDEAU**, v. 9, Nº 19, Jul./Dez. 2014. Semestral ISSN: 1809-6220. Disponível em: <http://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/8_1.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2016.

GIANNINI, S. P. P.; LATTORE.M. do R. D.; FERREIRA,L.P. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: um estudo caso-controle. **CoDAS** 2013;25(6):566-76. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/portal/voz_profissional/index.htm>. Acesso em: 03 jul. 2016.

HERMES, E. G. C.; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência de sintomas vocais em professores na rede municipal em Campo Grande-MS. **Rev. CEFAC**, set./out., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n5/1982-0216-rcefac-17-05-01541.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MENDES. A. L. F. et al. Voz do professor: sintomas de desconforto do trato vocal, intensidade vocal e ruído em sala de aula, **CoDAS**, v. 28, n. 2, p. 168-175, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n2/2317-1782-codas-28-2-168.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

PELLICANI, Ricz e Ricz Função fonatória após uso prolongado da voz em mulheres brasileiras. **CoDAS**, v. 27, n. 4, p. 392-9, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n4/pt_2317-1782-codas-27-04-00392.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PIZOLATO, R. A. et al. Avaliação dos fatores de risco para distúrbios de voz em professores e análise acústica vocal como instrumento de avaliação epidemiológica,



Rev. CEFAC, jul./ago., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462013000400025>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SOUZA, C. L. et al. Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 914-21, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2432.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2016.



TRABALHADORES ACOMETIDOS POR LER/DORT: BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA EM GRUPO NA UMREST DE SANTA CRUZ DO SUL

Michele da Silva Hentges¹

Hildegard Hedwig Pohl²

INTRODUÇÃO

Entre as doenças relacionadas ao trabalho, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou o Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort) é uma das mais importantes causas de absenteísmo nos últimos anos e apresenta crescente importância médico-social em todo mundo (BRASIL, 2001). Segundo estatísticas do Ministério da Previdência Social, de janeiro a agosto de 2015 foram concedidos 34.449 benefícios de auxílios-doença acidentários com diagnóstico de doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo, que têm o trabalho como fator desencadeante ou agravante (BRASIL, 2015).

As transformações no mundo do trabalho, decorrentes da introdução de novos modelos organizacionais e de gestão, têm repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, destacando-se a maior incidência de LER/DORT. A norma técnica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) o conceitua como uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifestam principalmente na cervical, cintura escapular e/ou membros superiores, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos. O diagnóstico ainda é difícil e o nexos causal com o trabalho tem sido objeto de questionamento, apesar das evidências epidemiológicas e ergonômicas (BRASIL, 2001).

Esse grupo de transtornos apresenta, como características comuns, o aparecimento e a evolução de caráter insidioso e de origem multifatorial como: posto de trabalho inadequado; exposição a vibrações, frio e ruído elevados; pressão mecânica localizada; posturas adotadas; carga mecânica musculoesquelética e estática; invariabilidade da tarefa; exigências cognitivas; fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho (BRASIL, 2012).

A fisioterapia em grupo na Saúde do Trabalhador tem-se mostrado como alternativa na complementação das demais modalidades terapêuticas, impulsionando modificações físicas, psicológicas e sociais. Muito além do tratamento

1 Fisioterapeuta Umrest/Santa Cruz do Sul.

2 Educadora Física/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



cinesioterapêutico instituído e do esclarecimento sobre patologias, busca o convívio, a troca de experiências, a mudança de atitudes e as percepções e o enfrentamento do adoecimento e da incapacidade (MERLO, 2004).

Nesse contexto, enunciamos o seguinte problema: Quais são os benefícios da fisioterapia em grupo percebidos pelos pacientes da UMREST de Santa Cruz do Sul? O trabalho em questão apresenta como objetivos identificar os possíveis benefícios da fisioterapia em grupo da UMREST de Santa Cruz do Sul e buscar determinar a satisfação dos pacientes, aprimorar as dinâmicas e estimular a participação na implementação do grupo.

Tendo em vista o aumento crescente de doenças causadas, agravadas ou tendo como fator contributivo o trabalho faz-se necessária a implementação de estudos na área, visando a assistência e reabilitação dessa população.

A Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) de Santa Cruz do Sul é um centro especializado, mostrando-se pungente a realização de uma pesquisa na área de atuação da pesquisadora, buscando o incremento dos grupos de fisioterapia já existentes. A realização de atendimentos fisioterapêuticos em grupo em centros de saúde do trabalhador é pouco abordada e difundida, sendo restrito o material sobre esse tema, tanto no que concerne à logística quanto aos benefícios que podem ser alcançados.

Apesar da escassez de profissionais concursados e a carga horária reduzida na maioria dos casos, este estudo poderá contribuir para aumentar a implementação e difusão da prática fisioterápica em grupo, beneficiando um maior número de pacientes com esse tipo de atendimento, tornando-se alternativa para a redução das filas de espera por sessões individuais e fomentando a socialização e troca de experiências entre os participantes.

Entre as possíveis hipóteses, pode-se destacar três alternativas: a) que os pacientes da UMREST de Santa Cruz do Sul da fisioterapia em grupo percebem os benefícios relacionados a aspectos físicos e psicossociais; b) não percebem os benefícios relacionados a aspectos físicos e psicossociais; c) percebem os benefícios da fisioterapia relacionados a aspectos físicos mas não percebem os benefícios da fisioterapia em grupo relacionados a aspectos psicossociais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal, do tipo observacional descritivo, que tem por objetivo verificar a prevalência ou a frequência de uma determinada característica, descrevendo a realidade de forma estática, referindo-se a um determinado momento (GOLDIM, 2000).

Esta pesquisa foi desenvolvida no período entre 2015 e 2016, na Unidade



Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) de Santa Cruz do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Fizeram parte do estudo dezenove pacientes acometidos por LER/Dort de ambos os sexos, de diferentes idades, independente da situação ocupacional (empregados, afastados, desempregados ou aposentados). Estes participavam assiduamente dos grupos de fisioterapia há pelo menos 1 ano. O diagnóstico de LER/Dort foi confirmado por exames de imagem (radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ecografia) ou por eletroneuromiografia.

Inicialmente, foi realizada a seleção dos participantes através de consulta aos prontuários, observando os critérios de inclusão. Os indivíduos foram convidados e esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob o parecer nº 1.461.241. Após a autorização do paciente foi aberta a sistemática de aplicação do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi adaptado do questionário validado por Marques et al. (2006) sobre o impacto da fibromialgia (QIF), sendo autoaplicável e formulado com perguntas fechadas (múltipla escolha). O instrumento é composto por dezenove questões que exploram a impressão e a interferência da dor no dia a dia e no trabalho, a percepção dos benefícios da fisioterapia em grupo, bem como a avaliação de questões relacionadas à atividade (exercícios, material impresso, assuntos abordados, duração, frequência, ambiente/sala, material de cinesioterapia). O preenchimento do questionário foi esclarecido e a fisioterapeuta permaneceu no local para elucidar possíveis dúvidas. Para tanto foi utilizada a sala do grupo de fisioterapia, junto ao Posto de Saúde Central e sua aplicação foi no momento inicial da sessão.

Os integrantes do estudo participam do grupo fisioterapêutico da UMREST de Santa Cruz do Sul, semanalmente. A duração do atendimento é de aproximadamente 1 hora e compreende dois momentos: a explanação de um determinado assunto e a cinesioterapia orientada.

Com os membros sentados e dispostos em círculo, a fisioterapeuta faz a dissertação verbal com a apresentação de figuras e/ou infográficos. O assunto é impresso e ofertado para melhor compreensão e consulta posterior. Os integrantes participam constantemente expondo experiências e esclarecendo dúvidas. Os temas são relacionados à ciência da saúde e escolhidos pela fisioterapeuta, na maioria das vezes, ou sugeridos pelos pacientes. Este primeiro momento tem duração de 30 minutos.

Posteriormente, são realizados exercícios físicos com ou sem a utilização de artefatos: bastão, halter, caneleira, faixa elástica, bola de borracha e suíça, disco de propriocepção, cama elástica. A cinesioterapia é realizada com os pacientes em



diferentes posições: sedestação, ortostase, decúbito dorsal, ventral ou lateral. As metas da terapêutica se relacionam às principais sequelas oriundas das doenças relacionadas ao trabalho, objetivando diminuição do quadro algico e da tensão muscular, incremento da amplitude de movimento, força muscular, coordenação motora, equilíbrio, propriocepção e consciência corporal. A sessão é finalizada com a execução de alongamentos.

Para a análise dos dados registrados foi utilizada estatística descritiva, através de média e desvio-padrão, utilizando-se para tanto o *software Statistical Package for Social Sciences* versão para *Windows*® (SPSS – versão 20.0).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos dezenove pacientes que compuseram a amostra, 63,2% eram do sexo feminino, 73,7% possuíam ensino fundamental e 52,6% eram aposentados, sobressaindo-se como sequela a causada por invalidez. Todos os participantes não exerciam outra atividade laborativa concomitantemente com o emprego formal. As mulheres, contudo, desempenhavam simultaneamente as atividades domésticas (TABELA 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis	n	%	
Sexo	Feminino	12	63,2
	Masculino	7	36,8
Estado civil	Casado	15	78,9
	Outros	4	21,1
Escolaridade	Ensino fundamental	14	73,7
	Ensino médio	5	26,3
Situação ocupacional	Empregado	4	21,1
	Auxílio-doença	5	26,3
	Aposentado	10	52,6
Filhos	Sim	17	89,5
	Não	2	10,5

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2016.

Segundo Merlo (2004) existe um predomínio de casos de LER/Dort entre



mulheres com baixa escolaridade e qualificação profissional. Estudos demonstram que essa incidência está relacionada aos múltiplos papéis desempenhados socialmente (trabalhadora, mulher e mãe), aliados à disponibilidade, à delicadeza, à docilidade, ao autosacrifício e à abnegação. Essa preponderância também é citada por Freitas et al. (2015) e Salim (2003). Segundo Strazdins e Bammer (2004), entre os aspectos das condições laborativas femininas, encontram-se demandas de trabalho repetitivo, sedentário e rotineiro, ainda muito influenciadas pela segregação sexual no mundo do trabalho, aliando-se à ínfima divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres, impedindo-as de relaxar e exercitar-se.

Conforme Pessoa, Cardia e Santos (2010), as mulheres são mais acometidas por LER/Dort por possuírem 33% menos força muscular como decorrência do menor número de fibras musculares e menor capacidade de armazenar e converter o glicogênio em energia, além do fato de realizarem dupla jornada de trabalho, tornando-as mais suscetíveis ao adoecimento.

A caracterização da amostra também é semelhante a apresentada pelos relatos de experiência de Merlo, Jaques e Hoefel (2001) e Merlo et al. (2003) onde se observam a predominância feminina, a baixa escolaridade e a existência de filhos.

A TABELA 2 demonstra a quantificação do quadro algico e a interferência do mesmo na capacidade de realizar os serviços laboral e/ou doméstico, após iniciar a participação no grupo. Observou-se que 57,9% da amostra referiram sentir pouca dor e 47,4% relataram que essa dor apresentou pouca interferência.

Tabela 2 - Quantificação do quadro algico e interferência deste na capacidade de realizar os serviços laboral e/ou doméstico, após iniciar participação no grupo

Variáveis	n	%	
Quantitativo algico, após iniciar participação no grupo	Nenhuma dor	1	5,3
	Pouca dor	12	57,9
	Muita dor	6	36,8
Interferência da dor nos serviços laboral e/ou doméstico, após iniciar participação no grupo	Não interferiu	5	26,3
	Interferiu pouco	9	47,4
	Interferiu muito	5	26,3

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2016.

Em conformidade com Pessoa, Cardia e Santos (2010), a dor é o sintoma prevalente, apresentando caráter persistente mesmo em tratamento. A limitação



funcional interfere tanto na atividade profissional como na relação familiar e na execução das atividades domésticas, contribuindo para o processo de alteração da autoimagem dos trabalhadores.

Os benefícios da fisioterapia em grupo estão contidos na TABELA 3, na qual se destacam: diminuição da dor (84,2%), melhora dos movimentos (84,2%), ganho de força (73,7%), convivência (78,9%), conhecimento de novos exercícios (89,5%), aprendizagem dos assuntos discutidos (84,2%), mudança de atitudes em relação à doença (73,7%) e das limitações (84,2%), enfrentamento da doença e da incapacidade de formas diferentes (84,2%), troca de experiências (78,9%), esclarecimento de dúvidas (78,9%). O reconhecimento dos aspectos físicos, psíquicos e sociais relacionados à intervenção coletiva foi realizado através de questão de múltipla escolha.

Tabela 3 – Benefícios da fisioterapia em grupo

Variáveis	N	%
Diminuir a dor	16	84,2
Melhorar os movimentos	16	84,2
Ganhar força	14	73,7
Conviver com outras pessoas	15	78,9
Conhecer novos exercícios	17	89,5
Aprender sobre os assuntos discutidos	16	84,2
Ocupar seu dia	6	31,6
Aprender a lidar com as limitações	16	84,2
Mudar atitudes em relação à doença	14	73,7
Enfrentar a doença e a incapacidade de formas diferentes	16	84,2
Tirar dúvidas	15	78,9
Desabafar	12	63,2
Trocar experiências	15	78,9
Outros. Qual? Melhorar o astral	1	5,3

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2016.

A atenuação da dor e o aprimoramento dos movimentos através da cinesioterapia em grupo é citada por Takahashi et al. (2010), os quais demonstram que ao readquirir a motricidade, os pacientes readquirem também sua autoestima e, por consequência, a dor é minimizada.

Mendes e Lancman (2010), demonstram que o tratamento fisioterapêutico associado às dinâmicas de grupo permite uma abordagem mais global do processo de adoecimento, recuperação e reabilitação do paciente com LER/Dort. Citam como benefícios a diminuição da frequência dos sintomas algícos, melhora da funcionalidade, diminuição do ritmo de execução das atividades diárias, percepção da recuperação, melhora nas relações familiares e ampliação do convívio social, consciência sobre o processo de recuperação, percepção de outros grupos sociais, possibilidade de discussão de temas, associação do exercício com a melhora, relação de confiança e compromisso.



Merlo (2004) elucida que muito além do tratamento cinesioterapêutico e do esclarecimento sobre patologias, a terapêutica grupal objetiva o convívio, a troca de experiências, a mudança de atitudes e percepções e o enfrentamento do adoecimento e da incapacidade. Mostra-se como artifício para a diminuição do processo de individualização e culpabilização do trabalhador em frente ao cotidiano laboral ou da doença, assim como na tomada coletiva de consciência sobre condições adversas. Somando-se a isso, permite a elaboração de conhecimentos e sentimentos, facilitando a articulação entre vida pessoal e profissional. O grupo facilita o acesso a sentimentos, a vivências da patologia, à incapacidade e à possível melhora que o tratamento pode oferecer. A criação coletiva de novos conhecimentos passa a auxiliar os integrantes em situações semelhantes.

De acordo com Merlo, (2004), e Sato et al., (1993), no grupo o indivíduo constrói e reconstrói sua história a partir do discurso das vivências semelhantes, operação essa que propicia ressignificações. Essa prática, acompanhada pela reflexão e elaboração dos sentimentos associados com a dor e às limitações físicas, possibilita a mudança para uma conduta ativa em relação ao processo saúde-enfermidade-trabalho. Observa-se que pequenas conquistas auxiliam no rompimento do ciclo da dor crônica.

Conforme Takahashi et al., (2010), os recursos da cinesioterapia ativa oferecem ao grupo a possibilidade de experimentar o poder do “eu sou capaz”. Num primeiro momento, pela realização de movimentos ativos que exigem esforços, movimentos habituais que passam a ser executados com dificuldade, atenção e concentração. Os pacientes expressam verbalmente as sensações que os movimentos lhes trazem, levando-os à maior consciência corporal e à percepção de que suas sensações se igualam às dos demais. Com liberdade e autonomia para realizar movimentos, repetições e posturas, formas adaptadas surgem nos grupos, concretizando novos modos de fazer.

As diversas facetas do atendimento coletivo também são reconhecidas por Pessoa, Cardia e Santos (2010). Estes citam que o grupo permite a socialização da vivência do adoecimento e da incapacidade física, a (re)aprender a buscar recursos para construir estratégias de saúde como também a discutir sobre os medos e as dúvidas em relação ao adoecimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Favorece a percepção de que ao mesmo tempo em que precisa de ajuda, pode auxiliar outros membros do grupo.

A aprendizagem dos assuntos discutidos, entre eles as afecções das quais os integrantes são acometidos, também é vislumbrada pelo estudo de Pessoa, Cardia e Santos (2010). Concluem que intervenções em grupo permitem um aprimoramento do conhecimento, através de subterfúgios para agir, refletir e aprender, estimulando o exercício cognitivo. Assim, a obtenção de conhecimentos melhora a autoestima e a perspectiva de vida, como também minimiza a culpabilização.



Em relação à avaliação do grupo de fisioterapia, 89,5% dos participantes o elegeram como ótimo e 10,5% como bom. A totalidade considera os exercícios realizados satisfatórios e criativos, bem como os assuntos discutidos interessantes. Quanto ao material impresso disponibilizado, a maioria o guarda (73,7%) e mostra para familiares/conhecidos (78,9%), como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 4 – Destinação do material impresso disponibilizado no grupo

Variáveis	N	%
Guarda	14	73,7
Mostra para familiares/conhecidos	15	78,9
Utiliza como ponto de partida para pesquisas na internet	2	10,5
Outro. Qual? Material de consulta em caso de dúvidas	5	26,3

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2016.

No momento da aplicação do questionário, apenas uma pessoa sugeriu como assunto para ser vislumbrado as LER/Dort. Contudo, no transcorrer dos grupos os participantes sugerem com frequência temas que gostariam que fossem abordados. Nos quesitos duração e frequência da atividade grupal, 68,4% e 89,5% dos pesquisados as apontaram como suficiente e adequada, respectivamente.

Na avaliação do espaço físico, verificou-se a insatisfação dos pacientes, visto que 73,7% não consideram a sala ideal. O fator citado foi a dimensão pequena da mesma que impossibilita a realização de alguns exercícios e o armazenamento dos materiais. Quando os grupos iniciaram, a Unidade era localizada em uma casa, com sala ampla e exclusiva para a realização das atividades fisioterapêuticas e para a armazenagem dos materiais. Posteriormente, em decorrência dos custos com aluguel, a Unidade foi alocada em uma sala junto ao prédio da Secretaria de Saúde e as atividades dos grupos passaram a ser realizadas na sala de grupos do Posto Central. Visto que o ambiente não é de uso exclusivo da UMREST, e pelo pouco espaço, não foi possível depositar os materiais no local, ficando os maiores e os mais pesados (bolas suíças, colchonetes, camas elásticas, halteres, caneleiras) estocados em outro espaço e, os demais, em uma estante na sala da UMREST. Quando ocorrem os encontros dos grupos, são utilizados apenas os materiais que podem ser facilmente transportados.

O material para a realização dos exercícios é considerado adequado para 68,4% da amostra. Quanto à participação de profissionais de outras áreas, 63,2% responderam que não gostariam. E quanto às sugestões ou modificações, 21,1% citaram o desejo por sala mais ampla, mais tempo para realizar exercícios e para as explicações.

A busca de referencial teórico com o intuito de elaborar e incrementar a discussão



deste trabalho não obteve o sucesso esperado, pois praticamente não há trabalhos enfocando os benefícios da fisioterapia em grupo na Saúde do Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa trouxe uma importante fundamentação para as ações dos fisioterapeutas que desejam atuar em grupo, especialmente na área da Saúde do Trabalhador. Dessa forma, é importante o conhecimento das percepções, opiniões e sugestões dos pacientes em relação às atividades em grupo, para que os objetivos possam ser atingidos, tornando-se a terapêutica mais fidedigna.

Os achados referentes a esse estudo demonstram que os pacientes da UMREST de Santa Cruz do Sul, participantes da fisioterapia em grupo, percebem os benefícios relacionados aos aspectos físicos e psicossociais. Estes confirmam que intervenções coletivas permitem uma abordagem mais global do processo de adoecimento, recuperação e reabilitação dos pacientes com LER/Dort.

As limitações encontradas na realização desse trabalho foram a dificuldade de interpretação de algumas questões por parte de alguns pacientes, a preocupação de que suas opiniões prejudicariam a continuidade do grupo ou a fisioterapeuta e a escassez de referencial teórico enfatizando a fisioterapia em grupo na Saúde do Trabalhador.

Ainda são poucos os estudos enfatizando a Fisioterapia do Trabalho, tanto em intervenções individualizadas como em grupo. Dessa forma, futuras pesquisas devem ser incentivadas, objetivando-se a quantificação dos efeitos dessa prática, buscando-se maior atuação e valorização profissional. Mostra-se pungente, estudos abordando a atuação da prática fisioterapêutica na prevenção e promoção em Saúde do Trabalhador.

Diante das condições apresentadas por pacientes portadores de LER/Dort e dos benefícios da terapêutica em grupo vislumbrados nesse trabalho, torna-se importante a atuação do fisioterapeuta, objetivando modificações físicas e psicossociais, proporcionando o incremento do bem-estar e da qualidade de vida. A formação de um grupo comprometido e motivado é uma importante estratégia para o sucesso do tratamento. Desempenha um papel essencial como meio de apoio mútuo. Além disso, pode reduzir gastos públicos, pois atinge um maior número de indivíduos em relação ao atendimento individual.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER)/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Auxílios-doença acidentários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 de janeiro a agosto de 2015.** Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Aux-Doenca-Conc-Prev-e-Acid-X-CID-e-Clientela_20150-Acid.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

FREITAS, C. et al. **Perfil de sujeitos com transtornos dos tecidos moles atendidos em um serviço de saúde do trabalhador e as LER/Dort.** Brasil. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/768/625>>. Acesso em: 05 maio 2016.

GOLDIM, J. R. Os delineamentos da pesquisa. In: _____. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000. p. 69.

MARQUES, A. P. et al. **Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).** Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29383.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MENDES, L. F.; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/Dort: contribuições da fisioterapia em grupo. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 35, 121, p. 23-32, 2010.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. **Trabalho de grupo com portadores de LER/Dort: relato de experiência.** Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5223.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MERLO, A. R. C. et al. **O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos.** Brasil. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0373.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C. **Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/Dort, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso.** Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a25.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SALIM, Celso Amorim. **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero.** Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a02.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.



SATO, L. et al. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 79, 21, p. 49-71, 1993.

STRAZDINS, L.; BAMMER, G. **Women, work and musculoskeletal health**. Austrália. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603002600>>. Acesso em: 05 maio 2016.

TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/Dort: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 35, 121, p. 100-111, 2010.



DO TRABALHO INFANTIL ÀS LER/DORT: O PERFIL DOS TRABALHADORES ATENDIDOS NO CEREST/VALES

Micila Pires Chielle¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

INTRODUÇÃO

A problemática dos agravos relacionados ao trabalho e suas implicações para a saúde humana chamam a atenção da pesquisadora que, após longos anos de experiência entrevistando e ouvindo pessoas sobre o tema saúde-trabalho, percebe que esta questão trata de um grave problema de saúde pública.

Além disso, o entendimento e a lembrança da maioria das pessoas sobre o trabalho centra-se nos aspectos positivos do mesmo, como o seu papel dignificante, de identidade do indivíduo, da necessidade de subsistência do ser humano. Poucas são as pessoas que refletem sobre as questões adoecedoras do trabalho desmedido, desregrado e insalubre, sendo este prejudicial para a vida e, muitas vezes, o causador ou agravador de grande número de enfermidades físicas e psíquicas. E a questão pode ser ainda pior quando observamos o potencial adoecedor do trabalho, analisando a situação daqueles que desde muito cedo, ainda na infância, começam a trabalhar e passam a desempenhar papéis adultos que não condizem com sua estrutura física motora e mental psicológica. Eis aí que surgem as situações que envolvem o trabalho infantil.

Quando adentramos na área de conhecimento das consequências do trabalho precoce percebemos que o lado negro do trabalho para a saúde, pode ir muito além do imaginado, trazendo inúmeros prejuízos físicos, mentais, sociais, econômicos e morais para as crianças e adolescentes, expondo-os a muito mais malefícios do que benefícios para suas vidas atuais e futuras.

É fundamental saber que crianças e adolescentes não são adultos em miniatura. A maioria dos sistemas biológicos do corpo humano não está madura até os 18 anos de idade, embora os adolescentes sejam mais parecidos com os adultos do que com as crianças de menor idade, seus corpos ainda estão em crescimento e maturação. Há muita diferença em termos de anatomia, fisiologia, psicologia que os distingue dos adultos e essas diferenças podem determinar a exposição específica aos fatores de risco para acidentes e lesões ocupacionais.

Vilela e Ferreira (2008) apontam que os adolescentes submetidos ao estresse físico acentuado têm maior frequência de fraturas. A intensa fase de crescimento dos

1 Enfermeira Cerest/Vales.

2 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



jovens (estirão) é acompanhada da pouca coordenação motora, que pode contribuir para o aumento do risco de acidentes de trabalho. Os jovens têm maior necessidade de sono do que os adultos, ou seja, o padrão de 8 h de sono só é observado a partir dos 18 anos, o que é dificultado quando os jovens estão trabalhando. Um regime pesado de trabalho pode intensificar as necessidades de sono, e caso este não seja plenamente cumprido, pode resultar em transtornos de sono, fadiga e altas taxas de acidentes durante o trabalho.

No aspecto emocional, como os jovens possuem ainda menor possibilidade de defesa e reação, as características dos sistemas produtivos se tornam muitas vezes incompatíveis com as capacidades psicofisiológicas das crianças e dos adolescentes (ASSUNÇÃO; DIAS, 2002). No tocante aos efeitos negativos que o trabalho precoce pode induzir nesta população, cabe destacar as incompatibilidades da capacidade muscular, do estado do esqueleto, do equilíbrio motor e a necessidade reparadora do sono como mencionado anteriormente.

O relacionamento da criança com seu ambiente transcende o do adulto. Segundo Assunção e Dias (2002), os seres vivos jovens têm um ponto de vulnerabilidade máxima ao ambiente, que decresce ao longo do processo de crescimento, mas permanece relevante por muitos anos. Quanto mais jovem a criança, mais depende do meio ambiente e mais sensível às suas agressões portanto, a exposição inadequada ao trabalho, além de outros prejuízos, causa, também, lesões osteomusculares precocemente.

Dessa forma, a necessidade desta pesquisa se baseia no enorme contingente de pessoas adoecidas por LER/DORT na atualidade e fazem deste grupo de doenças uma nova epidemia no Brasil. Observando essa realidade percebemos o trabalho infantil como um dos fatores que prejudicam a saúde física e mental das pessoas, dificultando muito a possibilidade de estudar e interferindo significativamente no adoecimento osteomuscular.

Baseado nessa realidade, este trabalho busca proporcionar uma reflexão sobre a existência de prejuízos físicos, ou seja, o “lado visível” de doenças que podem ser provocadas pelo trabalho infantil. Tem como objetivo identificar o perfil dos trabalhadores adultos acometidos por agravos osteomusculares – as LER/DORT – com histórico de trabalho infantil, atendidos no CEREST/Vales e, assim, problematizar sobre a possível relação entre o trabalho precoce e o adoecimento por LER/DORT.

Cabe aqui salientar que este artigo traça um perfil de trabalhadores com histórico de trabalho infantil e acometidos por LER/DORT na vida adulta. Traçar o perfil é uma das partes da proposta do projeto de pesquisa inicial, o que incluiu a mudança de título do projeto para o artigo. Definimos, assim, após a coleta de dados pela necessidade de abordar de forma mais qualificada e aprofundada a grande quantidade de dados e informações coletadas dos prontuários. A intenção é prosseguir produzindo mais artigos diante da riqueza de dados que esta coleta contemplou e pela carência de material científico sobre o tema.



O trabalho infantil

Historicamente, o Brasil tem um relacionamento estreito com o trabalho infantil desde a sua colonização. E ainda hoje, mais de 500 anos depois, nos deparamos com este triste e cruel quadro de exploração da mão de obra infanto-juvenil que permanece muito presente na cultura e nas práticas da sociedade atual.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), trabalho infantil é aquele em que a criança ou o adolescente exerce atividade remunerada ou não remunerada para sustento próprio e/ou de seus familiares, qualquer que seja o tipo de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia. Assim, de acordo com a lei, toda a criança até 14 anos de idade deve ser afastada imediatamente do trabalho, dos 14 aos 16 anos de idade deve ser verificada a legalidade do trabalho através da condição de trabalhador aprendiz regida por legislação específica e dos 16 aos 18 anos de idade o adolescente pode trabalhar de acordo com a legislação para trabalhadores adultos, desde que a atividade de trabalho não seja perigosa, penosa, insalubre ou noturna.

Em sua obra, Liberati e Dias (2006) fazem uma breve mas esclarecedora abordagem sobre o histórico mundial do trabalho infantil em diversos tempos e diversas civilizações (grega, romana, egípcia...), ou seja, que a exploração da mão de obra infantil sempre existiu desde o princípio dos tempos, sendo vista como uma forma “naturalizada e instituída” de ajudar e contribuir com a família e as comunidades. Não distante deste pensamento, até os dias atuais o trabalho infantil é visto como uma obrigação para auxiliar no sustento da própria criança e sua família, como um método educativo para o trabalho e como meio de livrar a criança da marginalidade, do ócio e do uso de drogas.

Observa-se que em especial os descendentes de imigrantes europeus têm arraigado em sua cultura o trabalho precoce como algo completamente natural e obrigatório para a formação de um “cidadão de bem”, onde desde cedo as numerosas famílias de antepassados imigrantes europeus faziam do planejamento familiar uma estratégia de trabalho para a subsistência das famílias, principalmente em áreas rurais.

Em relação a todos os tipos de trabalho infantil, incluindo o trabalho em áreas urbanas, a Portaria nº 06 de 18/02/2000 do Ministério do Trabalho e Emprego (2000) em uma de suas notas técnicas ressalta que existem duas correntes antagônicas na sociedade brasileira a respeito do trabalho infantil. De um lado, os que defendem o trabalho como uma alternativa salutar à ociosidades das ruas, às drogas e à marginalidade e do outro, os que conhecem os efeitos perversos do trabalho precoce para a saúde humana.

O trabalho seria precursor de um aprendizado que envolve responsabilidade, disciplina e socialização. No entanto, para essa corrente, o trabalho só é contraposto



a aspectos negativos que marcam a infância e a adolescência dos jovens de classes menos favorecidas. Deixa-se de lado os aspectos negativos que o próprio trabalho apresenta, entre eles, os riscos à segurança, à saúde e à formação moral; bem como a educação, que fica legada a um plano secundário, quando não completamente afastada. Neste momento, surge a segunda corrente, que contrapõe o trabalho à educação. Desnecessário seria tecer grandes considerações acerca da importância que a educação possui no mundo de hoje. Basta que se observe os índices alarmantes de desemprego, em que a mão de obra (em especial, a que possui pouca ou nenhuma qualificação) vai sendo excluída a cada dia, num autêntico exílio forçado do mundo do trabalho. Propor que crianças e adolescentes venham a trabalhar precocemente representa aceitar, passivamente, que o processo que agora vitimiza os pais de família estenda seus efeitos também aos filhos, transformando a miséria num processo cíclico e com diminutas possibilidades de reversão.

O argumento que o “trabalho enobrece” é usado por muitos para defender que crianças e adolescentes trabalhem. Mas, é preciso observar que ele não leva em conta os impactos e as consequências a que estão sujeitos os milhões de meninos e meninas que trabalham. Adultos e crianças são muito diferentes, fisiológica e psicologicamente. Na infância, a criança encontra-se no processo mais importante do desenvolvimento. Muitas vezes o que acontece na infância pode gerar impactos permanentes.

A Fundação Telefônica em seu site PROMENINO salienta que os impactos variam de acordo com a criança, com o trabalho que exerceu, com a aceitação sociocultural, entre outros pontos. Muitas dessas crianças e adolescentes estão perdendo a sua capacidade de elaborar um futuro. Isso porque podem desenvolver doenças de trabalho que os incapacitam para a vida produtiva, quando se tornarem adultos - uma das mais perversas formas de violação dos direitos humanos. Além disso, muitos deles não estudam, não têm direito a lazer e a um lar digno e são jogados à sorte, sem perspectiva de vida futura. São meninos e meninas coagidos a trabalhar em atividades que envolvem riscos físicos e psicológicos, podendo os impactos ser irreversíveis.

Além da perda de direitos básicos, como educação, lazer e esporte, as crianças e os adolescentes que trabalham costumam apresentar sérios problemas de saúde, como fadiga excessiva, distúrbios do sono, irritabilidade, alergias e problemas respiratórios. No caso de trabalhos que exigem esforço físico extremo, como carregar objetos pesados ou adotar posições antiergonômicas, podem prejudicar o seu crescimento, ocasionar lesões ostemusculares e produzir deformidades.

Campos e Francischini (2003) falam que não é fácil visualizar todas as relações envolvidas nessa realidade complexa, e apresentam uma teia de fatores interagindo e afetando uns aos outros. Ressaltam, no entanto, que a exploração do trabalho produtivo de crianças e adolescentes, observada em contextos de precarização das



famílias, possibilita o aumento da renda familiar, por um lado, e o crescimento do lucro dos empresários, por outro. Nesse contexto, a despeito da contribuição para o aumento da renda da família, o trabalho não só não contribui para superar o estado de miséria em que elas se encontram, como reproduz as condições de perpetuação da pobreza. Pensando-se no desenvolvimento humano, observa-se como este fato pode ter efeitos danosos para as crianças e adolescentes, afetando, principalmente, sua saúde, seu processo de escolarização e de formação da sua identidade.

Assim pensando na erradicação do trabalho infantil, Cipola (2001, p.30) diz que:

Erradicar o trabalho infantil no planeta é antes de mais nada uma forma de combate à pobreza, de desenvolvimento da educação e de garantia dos direitos humanos. Desde a implantação no país do Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC) em 1992, a OIT e seus parceiros locais elaboraram diagnósticos, estudos de casos, pesquisas e avaliações, fóruns patronais; executaram também projetos diretos, com ou sem a ajuda governamental. Os estudos realizados indicaram que o trabalho infantil no Brasil é cultural e está ligado à pobreza e a deficiência do sistema educacional.

As LER/DORT

As lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são um conjunto de doenças que afetam músculos, tendões, nervos e vasos dos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraços, braços, ombro, pescoço e coluna vertebral) e inferiores (joelho e tornozelo, principalmente) e que têm relação direta com as exigências das tarefas, ambientes físicos e com a organização do trabalho. Embora Chiavegato (2004) ressalte que não há uma causa única para a ocorrência de LER/DORT, há fatores psicológicos, biológicos e sociológicos envolvidos na gênese desses distúrbios, mas as questões de organização do trabalho estão severamente incluídas.

Conforme Moraes (2013) as LER/DORT causam extremo sofrimento ao trabalhador e seus sintomas incluem dores osteomusculares, limitação funcional, distúrbios psíquicos e do sono, perda de força no membro afetado, parestesias, entre outros.

Bernardino Ramazzini, médico italiano no século XVII descrevia o sofrimento físico e mental dos escribas acometidos por esses distúrbios. Nas últimas décadas, com as transformações no processo de produção, a reestruturação produtiva (automação do processo de produção), as elevadas exigências de produção, a competitividade exacerbada, as mudanças na gestão do trabalho e as novas políticas de gestão de pessoal, o que antes se restringia aos artesãos, escribas e digitadores, se estende a diversas categorias profissionais.



Para Dwyer (2000), vivemos a transição de uma sociedade industrial para uma sociedade pós-industrial, onde se trabalha cada vez menos com a matéria prima e cada vez mais com a informação e o processamento de dados. Em decorrência desses fatores, alguns países, como o Japão, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e o Brasil, enfrentam uma alta incidência desses distúrbios, assumindo um caráter epidêmico.

Araújo et al. (2006) diz que a partir de 1980, as LER/DORT tornaram-se as mais frequentes causas de afastamento do trabalho no mundo. Esse conjunto de doenças atinge as pessoas que desenvolvem atividades que requerem movimentos repetitivos dentro do trabalho.

As doenças mais comuns dentro de uma ampla lista de quadros clínicos são as tenossinovites, tendinites, bursites, cervicalgia, dorsalgia e lombalgia.

Guimarães (2012) diz que em 1998, a Previdência Social substituiu a sigla LER por DORT, como referência aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. A preferência por essa nomenclatura deu-se pelo fato de a sigla DORT permitir um reconhecimento de maior variedade de entidades mórbidas, causadas pela interação de fatores laborais. Com isso, buscou-se superar a falsa ideia de que o quadro clínico deve-se a apenas um fator de risco, ou seja, não apenas a uma lesão orgânica (BRASIL, 2001).

Analisando as falas de diversos autores percebemos que as LER/DORT são um grave problema social e de saúde pública que afetam profundamente a vida do indivíduo como um todo, em todas as suas dimensões.

O problema social se evidencia quando observamos os dados do INSS, onde a DORT está entre as doenças de maior incidência em concessão de benefícios. De janeiro a dezembro de 2007, o Ministério da Previdência Social concedeu em torno de 20,4% dos benefícios para auxílio-doença devido ao diagnóstico de DORT. Da mesma forma, 49,9% das concessões de auxílio-doença acidentário tiveram como justificativa tal doença (BRASIL, 2010).

No Brasil, foram registrados 20.374 casos de LER/DORT. Vale ressaltar que esse número não inclui os trabalhadores autônomos e as empregadas domésticas (BRASIL, 2010).

Do trabalho precoce às LER/DORT

O trabalho infantil gera consequências difíceis de serem transpostas pelas crianças e adolescentes no futuro, interferindo em seu desenvolvimento físico, pois os mesmos ficam expostos a riscos de lesões e doenças irreversíveis, e no desenvolvimento mental, em razão da submissão aos maus tratos e à exploração



proveniente desse trabalho. Interfere, também, no desenvolvimento social, dadas as restrições educacionais, de renda, bem como o acúmulo de responsabilidades (OIT, 2000).

Kassouf (2005) afirma que trabalhos realizados durante longos períodos de tempo, que exigem manipulação de materiais químicos e equipamentos perigosos, em ambientes impróprios e que interferem com o desempenho escolar, são considerados de efeitos negativos ao desenvolvimento e à saúde de crianças e jovens.

A Fundação Telefônica através do site PROMENINO fala que as crianças e adolescentes se acidentam seis vezes mais do que adultos em atividades laborais e pelo menos três se acidentaram por dia trabalhando no Brasil, de 2009 a julho de 2011. Nesse período, no mínimo 37 crianças morreram trabalhando, e uma delas não chegou sequer aos 13 anos. Esses dados referentes a acidentes com pessoas com menos de 17 anos foram coletados a partir de comunicação de hospitais e postos de atendimento. Vale lembrar que crianças e adolescentes estão sujeitos a acidentes de trabalho que não são devidamente percebidos pelo sistema de saúde, já que a notificação é precária por se tratar de trabalho ilegal. No caso de trabalhos que exigem esforço físico extremo, como carregar objetos pesados ou adotar posições antiergonômicas, podem prejudicar o seu crescimento, ocasionar lesões na coluna, produzir deformidades e outras lesões osteomusculares.

Os locais de trabalho, equipamentos e utensílios não são projetados para as crianças e sua utilização pode gerar problemas ergonômicos e de fadiga. Além disso, as crianças não estão cientes dos perigos envolvidos no trabalho e, em casos de acidentes, geralmente, não sabem como reagir. As crianças são, também, menos tolerantes ao calor, barulho, produtos químicos, radiações etc., o que pode trazer problemas de saúde (KASSOUF, 2005).

Segundo Pires (2008), o que principalmente sofre com o trabalho durante a infância é a coluna vertebral. A coluna é formada por 33 vértebras, elementos ósseos sobrepostos uns aos outros que possuem a função de proteger a medula e os nervos espinhais, além de suportar o peso do corpo, atuar na locomoção e servir como eixo postural. É dividida em quatro regiões distintas: cervical, com 7 vértebras; torácica, com 12 vértebras; lombar, com 5 e sacro-ilíaca com 9 vértebras. Possui, ainda, discos intervertebrais, que amenizam os impactos na coluna; ligamentos; e as articulações, que atuam, conjuntamente, no desempenho dessas funções. O comprometimento dessas estruturas significa alterações nessas funções e na composição física do organismo, culminando em deformações ósseas, como escoliose, lordose e cifose.

De acordo com Rezende (2010), a escoliose consiste no desvio lateral da coluna do eixo central, atingindo de 2 a 3% da população total, sendo o sexo feminino o mais atingido. Pires (2008) afirma que existem os tipos simples, apresentando uma curvatura em apenas uma região da coluna; total, com um desvio em mais de uma região; e dupla ou tripla, com duas ou três curvaturas em várias áreas da coluna.



Para Moreira, Fuentes e Corrêa (2010), a cifose consiste em um desvio na região torácica da coluna além dos limites considerados normais que culmina com desequilíbrios no ângulo e deformidades observáveis. A lordose é definida como uma deformidade oposta à cifose, em que ocorre aumento da curvatura normal de forma exagerada. Para a criança, a sobrecarga de trabalho significa um aumento da proporção de desenvolver essas lesões no futuro, na vida adulta, ou já, ainda na infância e adolescência; decorrente disso, advêm tratamentos dolorosos e, diversas vezes, sem resultados efetivos para reabilitação, além de representar altos custos para o sistema de saúde.

Essas colocações nos levam a concluir que a criança, indivíduo em que as estruturas corporais ainda estão em processo de crescimento e desenvolvimento é vítima desse processo patológico de deformação estrutural, pois a mesma é, diariamente, submetida a esforços físicos excessivos como, por exemplo, nas carvoarias, carregando barro e lenha nos fornos para produção de tijolos e telhas; capinando nas plantações; como babá, em que carrega outra criança e sobrecarrega sua coluna com o peso excessivo.

Diante dessa problemática polêmica e complexa, o Ministério da Saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma série de ações e estratégias, vem atuando na área de proteção à criança e ao adolescente, pela adoção de medidas que sensibilizem a sociedade como um todo e, em particular, os pais e as próprias crianças e adolescentes sobre a nocividade do trabalho precoce.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador/PNSST e o Centro Regional de Referência em Saúde do trabalhador da Região dos Vales-CEREST/Vales

Pensando em todas as questões que envolvem a saúde dos trabalhadores no Brasil, incluindo os prejuízos do trabalho precoce, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/PNSST tendo seu manual norteador lançado nacionalmente no ano de 2012. Ou seja, uma política de saúde pública que ainda está engatinhando. Dentro dessa política está inserida a criação dos centros regionais e estaduais de referência em saúde do trabalhador, os CERESTs.

Os Centros de Referência têm por função oferecer retaguarda técnica para os demais serviços do SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. Atualmente o Brasil conta com mais de 200 unidades de CERESTs regionais e estaduais. No Rio Grande do Sul existem 12 CERESTs até o momento, sendo 1 estadual e 11 regionais, estando previsto a criação de mais CERESTs que contemplem um para cada região de saúde do Estado totalizando 30 serviços dessa natureza.



Na região da 13^a, 8^a e 16^a Coordenadorias Regionais de Saúde existe o Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales, o CEREST/Vales. O CEREST/Vales é hoje o que se pode considerar a concretização de um esforço coletivo, voltado à efetivação do Sistema Único de Saúde. Uma realidade construída, destinada a desenvolver ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da região dos vales do Taquari, Rio Pardo e Jacuí, abrangendo 68 municípios da região-centro do Rio Grande do Sul.

Dentre suas quatro linhas de ação, a Educação e Formação, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância aos Ambientes de Trabalho e a Assistência e Reabilitação estão inseridas as ações de combate ao trabalho infantil.

Todas as ações de combate ao trabalho infantil contam com a atuação direta da profissional enfermeira da equipe do CEREST/Vales, tendo em vista o papel fundamental da enfermagem na política de saúde do trabalhador, seja educando para a saúde, seja realizando vigilâncias ou atividades de assistência. É desta atuação nasceu o interesse e a necessidade de pesquisar o tema.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo documental, retrospectiva, exploratória e descritiva. Para a análise dos dados em uma abordagem quantitativa, utilizou-se estatística descritiva simples, apresentando e descrevendo os resultados em frequências absolutas e relativas e figuras para ilustrar os mesmos.

O estudo foi desenvolvido com os pacientes atendidos entre junho de 2004 a junho de 2016 no CEREST/Vales através da análise dos prontuários de 278 pacientes acometidos por agravos relacionados ao trabalho. Foram selecionados os casos com diagnóstico de LER/DORT e dentre esses casos, verificado os que continham dados relativos a situações de trabalho infantil, a atual situação laboral e condições de saúde.

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro estruturado com questões organizadas pela pesquisadora, embasadas no referencial teórico e nas informações existentes nos prontuários que contemplassem os objetivos da pesquisa.

Os sujeitos envolvidos não foram entrevistados nem citados individualmente na pesquisa onde os dados estão apresentados de forma geral, não havendo assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sim a justificativa da ausência do termo conforme os preceitos éticos regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de Dezembro de 2012 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 033042/2016.

Cabe salientar que os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST têm como principal objetivo oferecer retaguarda técnica e apoio



aos municípios de suas regiões de abrangência em todos os aspectos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/PNSTT e da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador/RENAST que são os responsáveis pela criação e manutenção dos CERESTs, bem como pelo fortalecimento da política de saúde do trabalhador no Brasil, incluindo atividades de educação, formação, vigilâncias em saúde, assistência e pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

Os dados coletados partiram de 278 prontuários de pessoas que ingressaram como pacientes no CEREST/Vales de 2004 a 2016. Dos 278 casos levantados, 147 prontuários são de LER/DORT com histórico de trabalho infantil. Os demais prontuários são de outros agravos relacionados ao trabalho, como perda auditiva, intoxicações exógenas, sequelas de acidente de trabalho, dermatoses, acidentes com animais peçonhentos, sofrimento entre outros, inclusive LER/DORT sem histórico de trabalho infantil. Observando somente esses números, já percebemos que há algo inquietante nessa informação, ou seja, 53% dos casos atendidos no CEREST/Vales são de LER/DORT com histórico de trabalho infantil e os outros 47% se dividem no restante de vários agravos citados.

Os principais aspectos elencados nesta análise são os dados sociodemográficos, os dados ocupacionais, os diagnósticos, os dados clínicos, uma relação entre a idade atual e o tempo total de trabalho em anos, e a escolaridade e a ocupação atual do indivíduo.

Dessa forma, para melhor apresentar os resultados dividimos as categorias temáticas e colocamos em formato de quadros elencados a partir da análise desses dados, conforme tabela a seguir.

Quadro 1 - Dados Sociodemográficos (n=147)

(continua)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	113	77%
Masculino	34	33%
Faixa Etária		
20 a 30	15	10%
31 a 40	49	34%
41 a 50	54	37%
51 a 60	27	18%
Acima de 60	2	1%



Quadro 1 - Dados Sociodemográficos (n=147)
(conclusão)

Variável	N	%
Escolaridade		
Ignorado	4	3%
Não alfabetizado	2	1%
Ensino Fundamental Completo	10	7%
Ensino Fundamental Incompleto	86	59%
Ensino Médio Completo	21	14%
Ensino Médio Incompleto	18	12%
Ensino Superior Completo	4	3%
Ensino Superior Incompleto	2	1%
Estado Civil		
Casado/União estável	107	73%
Solteiro	10	7%
Separado	19	13%
Viúvo	5	3%
Ignorado	6	4%
Número de Filhos		
1	38	26%
2	49	34%
3	29	20%
4	11	7%
Mais de 4	5	3%
Sem filhos	13	9%
Ignorado	2	1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao sexo dos indivíduos pesquisados, a grande maioria (77%) é composta por mulheres. Conforme Couto (2000) e Egri (200), as mulheres são mais acometidas por LER/DORT, já que elas possuem 33% menos força muscular devido a um menor número de fibras musculares e menor capacidade de armazenar e converter o glicogênio em energia. Além do que, elas realizam uma dupla jornada de trabalho: trabalho externo e atividades domésticas, tornando-as mais suscetíveis à doença.

Neste estudo, na faixa etária mais acometida estão as pessoas entre 31 e 50 anos de idade que somados, atingem o percentual de 70% da população pesquisada, ou seja, as pessoas sofrem com as limitações das LER/DORT em plena etapa ocupacional mais produtiva da vida. Pessoa et al. (2010) fala que a maior incidência de portadores com LER/ DORT ocorre na faixa etária de 30-40 anos, acometendo os trabalhadores no auge de sua produtividade e experiência profissional.

A escolaridade é outro fator extremamente importante nesse contexto pois reduz as opções de trabalho para o indivíduo. Neste estudo, o nível de escolaridade é baixo sendo predominante o ensino fundamental incompleto com 58% dos casos. Salim (2003) diz que os níveis de escolaridade do portador de LER/Dort podem ser considerados como um dos sintomas de aprofundamento da exclusão social e é



um índice que corrobora como elemento de peso na eficácia das ações preventivas voltadas à minimização dos danos de saúde no ambiente de trabalho.

Quanto às questões familiares desses indivíduos, os dados nos mostram que em sua maioria possuem relacionamento afetivo estável (73%) e possuem de 1 a 2 filhos (59%), ou seja, há uma constituição familiar que depende deles mas também está presente nas questões de apoio nos momentos de sofrimento. Augusto et al. (2008) fala que a busca de suporte social é considerada uma estratégia fundamental no enfrentamento da doença ou mesmo a falta de apoio familiar pode influenciar negativamente na recuperação dos pacientes.

Quadro 2 - Dados Ocupacionais Atuais (n=147)

(continua)

Variável	N	%
Ocupação		
Costureiros	31	21%
Auxiliar de Produção Calçados	23	16%
Agricultor	22	15%
Auxiliar de Produção Metalurgia	19	13%
Auxiliar de Produção Fumageiras	7	5%
Auxiliar de Cozinha/Cozinheiro	5	4%
Empregado Doméstico	5	4%
Pedreiro/Servente de Pedreiro	5	4%
Auxiliar de Produção couros	4	3%
Auxiliar de Produção Alimentação	3	2%
Magarefe	3	2%
Auxiliar de Serviços Gerais Limpeza	3	2%
Auxiliar Administrativo	3	2%
Agente Comunitário Saúde/Agente Saúde Bucal	2	1%
Dentista	2	1%
Operador de Máquinas/Estivador	2	1%
Auxiliar de Produção Plásticos	2	1%
Eletricista	2	1%
Nutricionista	1	0,5%
Cabeleireiro	1	0,5%
Operador de Caixa	1	0,5%
Auxiliar Produção Artefatos de Cimento	1	0,5%
Ramo Produtivo		
Vestuário - Confecção/Calçadista	54	37%
Agricultura	22	15%
Metalúrgica	19	13%
Administração Pública Municipal/Estadual	11	8%
Fumageira	8	6%
Construção Civil	7	5%
Alimentação	6	4%
Higienização	5	4%
Curtume	4	3%
Plásticos e artigos esportivos	3	2%
Frigorífico	3	2%
Higiene e beleza	1	1%



Quadro 2 - Dados Ocupacionais Atuais (n=147)

(conclusão)

Variável	N	%
Tipo de Vínculo		
Trabalho formal CLT	93	64%
Autônomo	27	18%
Concursado CLT/Estatutário	9	6%
Desempregado	7	5%
Ignorado	4	3%
Trabalho Temporário	3	2%
Aposentado	2	1%
Trabalho Informal	2	1%
Trabalhando no momento do atendimento		
Sim	77	52%
Não	53	36%
Ignorado	17	12%
Situação Previdenciária no momento do atendimento		
Trabalhando	66	45%
Em benefício INSS	25	17%
Buscando benefício INSS	18	12%
Ignorado	16	11%
Buscando benefício judicial	10	7%
Em atestado médico	6	4%
Seguro-desemprego	3	2%
Desempregado	3	2%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação à ocupação do indivíduo, é necessário olhar as causas das LER/DORT e relacioná-las com a atividade desenvolvida. Smith (1996) afirma que são oito os fatores de risco que interferem na possibilidade de ocorrência de LER/DORT, sendo eles: a frequência dos movimentos; a postura da articulação envolvida; a força necessária para realizar a tarefa ou a carga que exige forças; a vibração; as condições ambientais; as características da organização do trabalho; as condições psicossociológicas e os fatores de risco de ordem individual, como o sexo. Dessa forma, observando as ocupações apresentadas na tabela acima evidenciamos que a grande maioria das atividades são braçais, com emprego de força e/ou repetição de movimentos como costureiros (21%), agricultores (15%), metalúrgicos (13%) e auxiliares de produção calçadista (16%) sendo muitos deles de longa data, uma vez que todos começaram a trabalhar na infância.

O ramo produtivo em que atuam, por sua vez, é também espaço de trabalho com vários riscos ergonômicos como a agricultura (15%), as metalúrgicas (13%) e o vestuário (37% confecções e calçados). Seibel (2005) fala que as mudanças no mundo do trabalho iniciadas principalmente após os anos 70 no século XX, são de grande complexidade e essa complexidade acarretou transformações muito intensas e consequências muito significativas na vida da classe trabalhadora e em todos os ramos produtivos. A autora fala que são mudanças estruturais que alteraram negativamente a organização do trabalho, especialmente para a saúde humana.



Embora a maioria dos sujeitos referirem estar trabalhando (52%) mesmo adoecidos, 53 das 147 pessoas estavam afastadas do trabalho (36%). Hoefel (2004) ressalta que o afastamento do trabalho agrava a difícil situação econômica desses trabalhadores que também estão expostos à discriminação no trabalho, na família, nos serviços de saúde e nas perícias médicas.

Nesse contingente de trabalhadores, a maioria relata vínculo formal de trabalho (64%) mas observando a situação previdenciária no momento do atendimento, 45% estão trabalhando mas 19% estão em benefício ou buscando benefício por incapacidade laboral. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), requerer um benefício por incapacidade laboral exige passar por diversas etapas, desde o diagnóstico até o momento da perícia médica. Durante esse processo, nem sempre o trabalhador tem êxito em todas as etapas, onde muitos ficam sem condições de trabalhar e sem fonte de renda.

Quadro 3 – Dados Referentes ao Trabalho Infantil (n=147)

Variável	N	%
Idade em que começou a trabalhar		
Menos de 6 anos	4	3%
Entre 6 e 8 anos	39	27%
Entre 9 e 11 anos	47	32%
Entre 12 e 14 anos	36	24%
Entre 15 e 17 anos	21	14%
Ramo produtivo de trabalho na infância		
Agricultura	78	53%
Domicílios/Babá/Domésticos	24	24%
Auxiliar de produção (fumageira, alimentação)	13	9%
Vestuário Confecção/Calçadista	9	6%
Comércio	5	3%
Corte de mato	2	1%
Frigorífico	1	1%
Construção Civil	1	1%
Curtume	1	1%
Auxiliar de escritório	1	1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para conhecer o histórico laboral, é necessário relatar a idade em que o indivíduo começou a trabalhar. A maioria relata início de trabalho entre 9 e 11 anos de idade (32%) seguido pela faixa etária de 6 a 8 anos (27%) e 12 a 14 anos (24%). De acordo com Kassouf (2007), em todo o Brasil essas são as faixas etárias mais atingidas pelo trabalho infantil, visto que até os 14 anos de idade não é permitido qualquer tipo de trabalho para a criança e o adolescente.

Quanto ao ramo produtivo, 53% iniciaram o trabalho infantil na agricultura e 24% como trabalhadores domésticos, duas das atividades reconhecidas desde 2008 entre as piores formas de trabalho infantil pela Lista das Piores Formas de Trabalho



Infantil, a lista TIP, por apresentarem sérios riscos e consequências para a saúde infante juvenil (BRASIL, 2008).

Belarmino (2012) pontua que a médio e longo prazo, a exposição ao trabalho precoce pode causar à saúde física do menor desde uma gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), decorrentes da exploração sexual; as deficiências auditivas, decorrentes da exposição a ruídos; câncer de pele, decorrente da exposição ao sol e a agentes químicos; enfisema pulmonar, decorrente da exposição a fumaças tóxicas e a drogas; tendinite, artrite, lesão por esforço repetitivo (LER), distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), principalmente de dedos, mãos e braços; deformidades ósseas, decorrentes do carregamento de peso em excesso e posturas inadequadas e viciosas, pois as ferramentas de trabalho são condizentes ao tipo físico de um adulto; mialgia (dor muscular) e lombalgia (dor lombar), resultantes de equipamentos e mobiliários inadequados; distúrbios do sono, fadiga e estresse, decorrentes de longas jornadas de trabalho e horários inadequados de trabalho; redução da capacidade de defesa do organismo, resultante da imaturidade do sistema imunológico agregada ao estresse e deficiências nutricionais.

Quadro 4 – Diagnósticos das LER/DORT (n=343)

Comprometimentos Físicos	N	%
Transtornos de ombro e região escapular como bursites, tendinites, entesopatias, síndrome de impacto, cistos, mialgia, reumatismo, artroses e outras lesões de partes moles.	120	35%
Transtornos de coluna como hérnia discal, lombalgias, dorsalgias, discopatia degenerativa, lumbago, ciatalgias, rupturas, espondilólise, osteófitos, entre outros.	82	24%
Transtornos de raízes e plexos nervosos, Síndrome do Desfiladeiro Torácico, Síndrome do Túnel do Carpo, plexo braquial, lesão do nervo radial.	46	13%
Transtornos de quadril e membros inferiores como bursites, tendinites, entesopatias, síndrome de impacto, mialgia e outras lesões de partes moles.	39	11%
Transtornos de punhos e mão como sinovites, tenossinovites, tendinites, tendinoses, Síndrome do Dedo em Gatilho, Tendinite de Quervain, ruptura de ligamentos, entre outros.	33	10%
Epicondilites	23	7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Cabe aqui ressaltar que os diagnósticos descritos no quadro acima ultrapassam o número de 147 pessoas, visto que 102 dos sujeitos pesquisados apresentam mais de um tipo de LER/DORT, variando de 1 diagnóstico a mais de 5 diagnósticos por pessoa conforme os prontuários. Ao todo foram identificados 343 diagnósticos de LER/DORT nos 147 pacientes, e em função disso o número absoluto (n) desta tabela é 343 diagnósticos.

Percebemos aqui as regiões corporais mais afetadas pelas LER/DORT, com 120 diagnósticos referindo-se aos ombros e região escapular, 102 diagnósticos relacionadas aos membros superiores quando agrupamos os transtornos de plexos nervosos, de punhos e mãos e as epicondilites e 82 diagnósticos de patologias da coluna. De acordo com Merlo et al. (2001) agrupam-se como LER/DORT as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fácias, ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo, principalmente, mas não tão somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, com origem ocupacional. Ou seja, todas as patologias acima descritas e que acometem os trabalhadores pesquisados fazem parte do grupo das LER/DORT.

Pensando na coluna que é estrutura de extrema importância para o corpo humano, a mesma necessita ser saudável para cumprir seu papel durante a vida do indivíduo. E como visto aqui, este estudo faz referência aos danos para a coluna que podem iniciar na infância devido ao trabalho pesado e inadequado. Para tal, Pires (2008) esclarece que as deformações da coluna são provocadas pela utilização inadequada da musculatura, resultando em atrofias, encurtamentos e contraturas musculares que se intensificam e se agravam devido ao trabalho precoce.



Quadro 5 - Dados Clínicos (n=147)

(continua)

Variável	N	%
Tempo de início dos sintomas		
Menos de 6 meses	5	3%
6 meses a 1 ano	27	18%
2 a 4 anos	51	35%
5 a 6 anos	13	9%
7 a 10 anos	20	14%
Mais de 10anos	17	12%
Ignorado	14	9%
Sintomas		
Dor muscular, articular e/ou irradiada	147	100%
Parestesias	121	82%
Sensação de Peso/Cansaço	110	75%
Perda de Força	104	71%
Formigamento	99	67%
Limitação funcional	93	63%
Edema	57	38%
Nódulos	19	13%
Atrofias	4	3%

Quadro 5 - Dados Clínicos (n=147)

(conclusão)

Variável	N	%
Intensidade da dor quando dor forte (escala de 0 a 10)		
Menor que 5	1	1%
5 a 7	8	5%
8 a 10	74	50%
Ignorado	64	44%
Número de diagnósticos de LER/DORT por pessoa		
1	45	30%
2	45	30%
3	26	18%
4	19	13%
5	6	4%
Mais de 5	6	4%
Limitação nas atividades de vida diária		
Sim	139	95%
Não	1	1%
Ignorado	7	4%
Sofrimento psíquico relacionado ao agravo físico		
Sim	60	41%
Não	87	59%
Tipo de sofrimento psíquico		
Episódios depressivos/Depressão	38	64%
Sono e repouso prejudicado	14	24%
Ansiedade	3	5%
Assédio moral	2	3%
Tentativa de suicídio	2	2%
Transtorno do pânico	1	1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao tempo de início dos sintomas, pensamos também no tempo de convivência com a dor, que é o sintoma mais comum nesses casos. Das pessoas pesquisadas, a maioria delas apresenta sintomas há mais de 2 anos (35%), sendo 12% com presença de sintomas há mais de 10 anos, evidenciando a cronificação dos quadros de LER/DORT. Pessoa (2012) diz que a dor nos pacientes com LER/DORT é fator limitante e está presente na maior parte dos casos, sendo de caráter persistente, mesmo com tratamento.

Dos sintomas referidos, a dor está presente em 100% dos casos, seguido das parestesias com 82% das referências. Hoefel et al. (2004) falam que a queixa prevalente é a dor, e os sintomas são mais importantes do que as alterações nos exames médicos porque na grande maioria das vezes, não existe comprovação através de exames complementares, tendo em vista a invisibilidade orgânica dessas patologias. Nesse sentido, o diagnóstico está muito mais centrado no relato subjetivo da dor.

A intensidade da dor referida pelos pacientes na escala de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor máxima suportada) mostra que 50% refere dor intensa, ou seja, intensidade de 8 a 10 no caso das LER/DORT. O índice ignorado (44%) se deve ao fato de que a



escala da dor foi inserida no prontuário anos após o início dos atendimentos. Martinez, Grassi e Marques (2001) falam que a dor é considerada uma experiência pessoal e subjetiva e sua percepção é de caráter multidimensional tanto na qualidade quanto na intensidade sensorial ainda influenciada por fatores afetivo-emocionais, sendo a intensidade a característica mais importante.

As atividades de vida diária (AVD) referidas na tabela incluem todas aquelas relacionadas à alimentação, à higiene, aos cuidados pessoais e ao lazer do indivíduo. Neste estudo, 95% dos sujeitos manifestam limitações nas suas AVD's. Para Cailliet (2000), a funcionalidade do indivíduo deve conceber além da capacidade para o trabalho, as atividades de vida diária, as relações humanas e afetivas, a capacidade de concentração e bom humor, assim como manter a função adequada dos membros, ao caminhar, por exemplo, e para o tratamento das LER/DORT, as AVD's devem ser incluídas e consideradas. Nesse sentido, a manutenção da capacidade funcional torna-se um leque bastante amplo.

Em relação a apresentar sofrimento psíquico relacionado ao sofrimento físico, 41% referiram que possuem agravos psíquicos causados, agravados ou relacionados às LER/DORT. Chiavegato (2004) ressalta que na história de vida de uma pessoa, as LER/ DORT ao longo do tempo afetam as demais dimensões do indivíduo, como a saúde mental. Portanto, qualquer que seja a causa inicial das LER/DORT, no atendimento aos portadores dessa afecção, o profissional da saúde pode observar que diferentes dimensões se articulam de modo inextrincável no processo de adoecer. Assim, é comum o paciente apresentar sofrimento psíquico relacionado à doença.

O sofrimento psíquico mais recorrente entre os sujeitos são os episódios depressivos, com 64% dos casos. Chiavegato (2004) diz que nas LER/DORT há uma desestruturação da identidade frequentemente seguida por quadros depressivos, que podem se agravar conforme a condução do caso.

Quadro 6 – Idade atual do indivíduo e o tempo total de trabalho em anos

(continua)

Faixa Etária	Tempo total de trabalho em anos	n	%
20 a 30 anos Total 16 pessoas	4 a 10 anos	2	12%
	11 a 14 anos	9	58%
	17 a 18 anos	3	18%
	21 a 23 anos	2	12%
31 a 40 anos Total 46 pessoas	17 a 20 anos	9	19%
	21 a 25 anos	19	42%
	26 a 31 anos	18	39%
41 a 50 anos Total 56 pessoas	26 a 30 anos	6	12%
	31 a 35 anos	24	43%
	36 a 40 anos	17	29%
	41 a 46 anos	9	16%



Quadro 6 – Idade atual do indivíduo e o tempo total de trabalho em anos

(conclusão)

Faixa Etária	Tempo total de trabalho em anos	n	%
51 a 60 anos Total 27 pessoas	37 a 39 anos	3	11%
	41 a 45 anos	10	37%
	46 a 50 anos	11	41%
	51 a 52 anos	3	11%
Acima de 60 anos Total 2 pessoas	53 anos	1	50%
	66 anos	1	50%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O quadro 5 merece ser analisado com muita atenção, pois faz uma relação entre a faixa etária e o tempo de trabalho em anos durante a vida do indivíduo, sendo calculado seu percentual de acordo com o total de pessoas, conforme descrito na coluna da faixa etária. Essa análise demonstra a relação entre a idade e o tempo de trabalho exercido, ou seja, na faixa etária de 20 a 30 anos há pessoas que trabalharam de 4 a 23 anos durante suas vidas. Na faixa de 31 a 40 anos o tempo trabalhado varia entre 17 a 31 anos trabalhados. De 41 a 50 anos, de 26 a 46 anos trabalhados. Dos 51 aos 60 anos, o tempo trabalhado é de 37 a 52 anos e entre os trabalhadores acima de 60 anos fica entre 53 e 66 anos de trabalho. Observando essa perspectiva e pensando nos contribuintes do Instituto Nacional de Seguridade Social/INSS, é tempo trabalhado muito superior ao previsto pelo INSS para um cidadão ter direito à aposentadoria. Mas como a maioria desses trabalhadores não possui idade nem tempo de contribuições suficientes para requerer este benefício, embora adoecidos e muitas vezes incapacitados, ficam no vácuo entre não poder trabalhar, ter tempo de serviço mas sem direito a se aposentar. E acabam dependendo das exaustivas perícias e buscas por outros tipos de benefícios junto ao INSS, que nem sempre são concedidos. Pessoa et al. (2010) citam que a incompreensão, o preconceito e a cobrança das pessoas são reações também sentidas pelos portadores de LER/DORT, enfatizando o sentimento de culpa e mobilizando sentimentos de humilhação e marginalização, sentimentos estes muitas vezes desencadeados nos processos por busca de direitos trabalhistas.



Quadro 7 – Escolaridade e Ocupação Atual

Escolaridade	Ocupação Atual	n	%
Ignorado Total 4 pessoas	Costureiros	1	25%
	Eletricista	1	25%
	Magarefe	1	25%
	Construção Civil	1	25%
Não alfabetizado Total 2 pessoas	Agricultor	1	50%
	Auxiliar de Serviços Gerais Limpeza	1	50%
Ensino Fundamental Completo Total 10 pessoas	Costureiros	3	30%
	Auxiliar de Produção Calçados	3	30%
	Auxiliar de Produção Metalurgia	2	20%
	Auxiliar de Cozinha/Cozinheiro	2	20%
Ensino Fundamental Incompleto Total 86 pessoas	Agricultor	19	22%
	Costureiros	16	18%
	Auxiliar de Produção Calçados	16	18%
	Auxiliar de Produção Metalurgia	6	7%
	Auxiliar de Produção Fumageiras	5	6%
	Pedreiro/Servente de Pedreiro	4	5%
	Empregado Doméstico	4	5%
	Auxiliar de Produção couros	3	4%
	Auxiliar de Produção Alimentação	3	4%
	Auxiliar de Cozinha/Cozinheiro	2	3%
	Auxiliar de Produção Plásticos	1	2%
	Magarefe	1	2%
	Auxiliar de Serviços Gerais Limpeza	1	2%
Operador de Caixa	1	2%	
Ensino Médio Completo Total 20 pessoas	Costureiros	6	28%
	Auxiliar de Produção Metalurgia	4	19%
	Agente Comunitário Saúde/Agente Saúde Bucal	2	9%
	Auxiliar de Cozinha/Cozinheiro	2	9%
	Agricultor	1	5%
	Auxiliar de Produção Calçados	1	5%
	Empregado Doméstico	1	5%
	Auxiliar Administrativo	1	5%
	Cabeleireiro	1	5%
Operador de Máquinas/Estivador	1	5%	
Ensino Médio Incompleto Total 18 pessoas	Costureiros	4	20%
	Auxiliar de Produção Metalurgia	2	16%
	Auxiliar de Produção Fumageiras	2	11%
	Auxiliar de Produção Calçados	3	11%
	Auxiliar de Produção Alimentação	1	6%
	Magarefe	1	6%
	Pedreiro/Servente de Pedreiro	1	6%
	Auxiliar Administrativo	1	6%
	Operador de máquinas	1	6%
	Auxiliar de Produção couros	1	6%
Auxiliar Produção artigos esportivos	1	6%	
Ensino Superior Completo Total 4 pessoas	Dentista	1	50%
	Nutricionista	2	25%
	Agente Comunitário Saúde/Agente Saúde Bucal	1	25%
Ensino Superior Incompleto Total 2 pessoas	Costureiros	1	50%
	Auxiliar de Produção Plásticos	1	50%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na tabela 7 faz-se uma relação entre a escolaridade do indivíduo e a ocupação atual do mesmo. Assim, o percentual foi calculado conforme o número total de pessoas em cada escolaridade apresentada (ver coluna escolaridade). O que queremos evidenciar é o baixo nível de escolaridade da maioria da população pesquisada (86



peças possuem o ensino fundamental incompleto) e a consequente colocação no mercado de trabalho em ocupações que exigem maior esforço físico e atividades repetitivas. Barros (1997) diz que cerca de 50% da população adulta brasileira têm quatro ou menos anos de estudo, mas apesar da forte associação existente entre escolaridade e pobreza, a baixa escolaridade não leva necessariamente à pobreza. Mais especificamente, os trabalhadores com baixa escolaridade desempenham atividades mais pesadas e braçais devido à falta de qualificação pela baixa escolaridade. Em outras palavras, a falta de um nível de educação mais elevado interfere na falta de opção para escolher o tipo de trabalho, nas diferenças salariais e muitas vezes deixando o trabalhador adoecido, com limitações funcionais e sem possibilidade de se colocar no mercado de trabalho em outras ocupações que não exijam tanto dele fisicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil da população estudada demonstra que a grande maioria são mulheres jovens vitimadas pelas LER/DORT, com idades entre 31 e 50 anos, em plena idade produtiva da vida, com ensino fundamental incompleto, casadas e com filhos. Atualmente executam trabalhos braçais, repetitivos e com algum esforço físico, possuindo vínculo formal de trabalho e estavam trabalhando quando foram atendidas no CEREST/Vales. Todas possuem histórico de trabalho infantil bem precoce, com início entre 6 e 11 anos de idade e iniciaram no trabalho doméstico ou agricultura, ou seja, no trabalho pesado, com responsabilidades de adulto e sobrecarga física desde muito cedo.

Diante desse histórico, os comprometimentos físicos evidenciados na pesquisa são intensos e afetam sobretudo os membros superiores e a coluna vertebral desses trabalhadores. Ficou evidente para a pesquisadora, o grande sofrimento físico envolvido, queixas de dor intensa, contínua e de longa data, com muitas limitações ocupacionais e nas atividades de vida diária, o que afeta psiquicamente os trabalhadores na maioria dos casos, evoluindo para quadros depressivos.

A pesquisa nos remete a muitas reflexões sobre o tema trabalho precoce e adoecimentos osteomusculares, mas entre essas reflexões cabe ressaltar dois aspectos que aparecem na pesquisa: o primeiro deles é o número de anos de trabalho que essas pessoas apresentam ao longo da vida e dessa forma, ultrapassam em larga escala o tempo a ser trabalhado previsto pelo INSS para ter direito à aposentadoria, por exemplo. Este tempo de trabalho previsto pelo INSS certamente leva o aspecto saúde em conta. Através dessa prerrogativa, percebemos que não é aceitável nem saudável trabalhar desde a tenra idade até a velhice, muitas vezes durante 50, 60 anos em atividades penosas e insalubres.



A questão do tipo de atividade desenvolvida na idade adulta por esses trabalhadores nos remete ao segundo aspecto aqui citado: o nível de escolaridade. Com o trabalho precoce, o acesso, o rendimento e a continuidade aos estudos ficam prejudicados por diversos fatores como a necessidade de se ausentar das aulas, o cansaço físico e mental e a impossibilidade de estudar em casa. E assim, esses trabalhadores, muitas vezes, ficam sem a possibilidade de escolher novos caminhos e se candidatar a diferentes tipos de trabalho devido ao fator limitante da baixa escolaridade, um dos danos mais comuns causados pelo trabalho infantil.

Embora muito já se avançou e cada vez mais se avança na erradicação do trabalho infantil, as experiências vivenciadas nos mostram uma realidade que salta aos olhos: uma grande desinformação e ignorância sobre o tema trabalho infantil, tanto de profissionais que atuam na rede de atenção à criança e ao adolescente (conselhos tutelares, professores, profissionais de saúde, serviços sociais...) quanto das famílias e da população em geral norteadas pelo senso comum de que “o trabalho só enobrece e faz bem” e “eu mesmo trabalhei quando criança e estou aqui”. Mas está aqui de que forma? Com que qualidade de vida e em quais condições de saúde? As respostas quase sempre não são satisfatórias. E aí é que reside a principal arma nessa luta: a informação, a educação e o conhecimento sobre a verdade por trás dessa cortina cultural equivocada.

A falta de políticas consistentes voltadas para a criança e o adolescente, a força da ideologia de valorização do trabalho, que o mostra como dignificante e como escola, almejado pelos pais porque afasta a criança da rua e da marginalidade esbarram na falta de informação e no desconhecimento sobre os prejuízos do trabalho precoce, tornando, muitas vezes, as próprias vítimas nos maiores obstáculos para a erradicação devido à força dessa ideologia cultural, que se alimenta da luta pela sobrevivência.

Em pleno século XXI o combate ao trabalho infantil permanece uma necessidade latente, exaustiva e que necessita ser persistente e contínua na atuação dos diferentes atores sociais envolvidos nessa questão. Para resumir o contexto atual, o combate ao trabalho infantil ainda está muito carente de ações, de políticas públicas, de entendimento e de conhecimento e nos deixa com a certeza adquirida através de nossas experiências profissionais que a caminhada e a luta rumo à erradicação do trabalho infantil já começou mas ainda está muito longe de acabar.

Relacionando o trabalho precoce com as lesões osteomusculares, sabemos que as LER/DORT não surgem de uma hora para outra e por isso são considerados transtornos de efeito acumulativo, ou seja, vão lesionando aos poucos e piorando gradativamente. Necessitando assim, de algum tempo de exposição ocupacional a situações de esforço físico, atividades repetitivas, má organização do trabalho, problemas ergonômicos entre outros riscos laborais. Dessa forma, o corpo humano em formação e exposto desde a infância a esses fatores apresenta maior suscetibilidade



ao adoecimento precoce, e assim acreditamos que há uma relação do trabalho infantil no adoecimento por LER/DORT na vida adulta.

A realidade encontrada não é diferente da literatura estudada sobre esses temas, embora pesquisas que relacionem trabalho infantil e LER/DORT não tenham sido encontradas. Mas uma coisa fica clara para quem adentra nesse assunto: tanto as LER/DORT quanto o trabalho infantil, juntos ou separados, são grandes problemas de saúde física e mental, trazem grandes problemas sociais, de desenvolvimento humano e econômico onde quer que se encontrem e sobrecarregam os sistemas de saúde pública, de previdência e de assistência social pelo rastro destrutivo e incapacitante que deixam na vida das pessoas.

Assim, de acordo com a literatura estudada, dos dados levantados e diante da realidade observada através das práticas profissionais da autora, percebemos que os prejuízos e riscos físicos causados pelo trabalho infantil iniciam na infância e tendem a se estender para a vida adulta de forma cada vez mais grave e limitante, especialmente no que se refere aos agravos da coluna vertebral e membros superiores que aparecem com força total no ser adulto pois estas lesões possuem um efeito devastador e progressivo, em especial no corpo infante juvenil.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Viviane Gontijo. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 49-56, jan./fev. 2008.

ARAÚJO, E. C. L. S. et al. Avaliação de qualidade de vida de pacientes com LER/DORT atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Cient. Ciênc. Biol. Saúde/UNOPAR**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 39-43, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A.; DIAS, E. C. Trabalho precoce: possíveis efeitos sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes. **Devir**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 61- 76, 2002.

BARROS, R. P.; MACHADO, A. F.; MENDONÇA, R. S. P. **A desigualdade da pobreza: estratégias ocupacionais e diferenciais por gênero**. Rio de Janeiro: IPEA, 1997.

BELARMINO, A. C. et al. Trabalho Infantil: de gente pequena a gente grande! **Revista Científica da Escola da Saúde**, Natal, ano 2, n. 1, p. 63-77, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho Infantil: diretrizes para a atenção integral à saúde da criança e adolescentes economicamente ativos**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS – Mortalidade**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **LER/DORT: dilemas, polêmicas e dúvidas**. Brasília, 2001.



_____. Presidência da República. **Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil**. Decreto nº 6.481/2008. 2008.

CAILLIET, Rene. **Doenças dos tecidos moles**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CAMPOS, H. R.; FRANCISCHINI, R. Trabalho infantil produtivo e desenvolvimento humano. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 119-129, jan./jun. 2003.

CHIAVEGATO Fº, L. G.; PEREIRA JR, A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 149-162, set./fev. 2004.

CIPOLA, Ari. **O trabalho infantil**. São Paulo: Editora Publifolha, 2001.

COUTO Hudson de Araújo. **Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT– Fenômeno LER/DORT no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/FACE, 2000.

DRT/Delegacia Regional do Trabalho. **O impacto do trabalho precoce na vida de crianças e adolescentes**: aspectos da saúde física e mental, cultural e econômico. São Paulo: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002. (Coletânea de textos)

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

EGRI, Débora. **Lesões por Esforço Repetitivo (Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho)**. Reumatologia para o clínico. São Paulo: Editora Roca, 2000.

FUNDAÇÃO TELEFÔNICA. <www.promenino.org.br HYPERLINK “<http://www.promenino.org.br/>”> Impactos e Consequência.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GUIMARÃES, Z. M. B. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida em pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 631-640, set./dez. 2012.

HOEFEL, Maria da Graça et al. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasil, v. 7, p. 31-39, dez. 2004.



KASSOUF, Ana Lúcia. A ameaça e o perigo à saúde imposto às crianças e jovens em determinados trabalhos. In: CORRÊA, Lelio Bentes; VIDOTTI, Tarcio José. (Org.) **Trabalho infantil e direitos humanos: Estudos em homenagem a Oris de Oliveira.** Brasília: Editora LT., 2005.

KASSOUF, Ana Lúcia. O que conhecemos sobre o trabalho infantil? **Nova econ.**, Belo Horizonte, vol. 17, 2007.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIBERATI, W. D.; DIAS, F. M. D. **Trabalho infantil.** São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2001.

MORAES, P. W. T.; BASTOS, A. V. B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 02-20, 2013.

MOREIRA, J. J. M.; FUENTES, A. E. R.; CORRÊA, P. H. Estudo radiológico do valor angular da cifose torácica em adolescentes. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 353-357, dez 2010.

VILELA, R. A. G.; FERREIRA, M. A. L.. Nem tudo brilha na produção de jóias de Limeira – SP. **Produção**, v. 18, n. 1, p. 183-194, jan./abr. 2008.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Trabalho Infantil: visando o intolerável.** Genebra: OIT, 1998.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas-RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 507-516, 2008.

PIRES, Bruno Rodrigues. Desvios na coluna vertebral em menores causados por trabalho com sobrecarga. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 13, n. 120, maio 2008.

REZENDE, R. et al. Auxílio da tomografia computadorizada no planejamento pré-



operatório de pacientes portadores de escoliose idiopática do adolescente. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 85-89, mar. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24, mar. 2003.

SEIBEL, Jorgia Marisa. **Lesão por esforço repetitivo (LER) e a organização do trabalho nas indústrias calçadistas**. 2005. 133f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SMITH, Michel J. **Considerações Psicossociais Sobre os Distúrbios ÓsteoMusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) nos Membros Superiores**. Tradução: Maria Cristina Palmer Lima Zamberlan. Proceeding of the Human Factors and Ergonomics Society 40th Annual Meeting, 1996.



LEPTOSPIROSE OCUPACIONAL: PERFIL DE TRABALHADORES DA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE ESTRELA, RS

Liza Lyszkowski do Amaral¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose causada por bactérias patogênicas do gênero *Leptospira* que acomete os homens e animais e está entre as doenças de notificação compulsória no Brasil. A notificação de casos suspeitos e confirmados é realizada através do DATASUS, sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos profissionais de saúde do país. Os casos humanos suspeitos de leptospirose são confirmados através de critério laboratorial, porém a confirmação pode ocorrer também através de critério clínico-epidemiológico. Os testes sorológicos ELISA – IgM e a MAT são os eleitos para diagnóstico e os mais utilizados no país (SCHNEIDER et al., 2015).

A doença acomete humanos através do contato direto com a urina de animais infectados ou indireto, em ambientes contaminados com a urina desses animais (LEVETT, 2001). Roedores representam o principal reservatório (DUPOUNY et al., 2014), entretanto mamíferos domésticos (HERRMANN et al., 2012; MCLEAN et al., 2014; PRABBHAKARAN et al., 2014; WASINSKI; DUTKIEWICZ, 2013) e selvagens (BHARTI et al., 2003) também podem servir de reservatórios para a bactéria. Esses animais podem tornar-se portadores assintomáticos, eliminando a bactéria através da urina e contaminando o meio ambiente. O homem é considerado um hospedeiro acidental e terminal no ciclo da doença que pode ser fatal. É considerada endêmica no Brasil e incide, principalmente, em populações de baixa renda, em aglomerados com precárias condições de saneamento, localizados em grandes centros urbanos e com alta infestação por roedores. As epidemias ocorrem em períodos de maior pluviosidade. Quanto às características do local provável de infecção, a maioria dos casos ocorre em área urbana, e em ambientes domiciliares (BRASIL, 2016).

Entretanto, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), um recente estudo demonstrou que populações da área rural têm oito vezes maior risco de contrair leptospirose quando comparadas às populações da área urbana (SCHNEIDER et al., 2015). Anteriormente, em 2001, outro estudo realizado no RS já havia revelado que as áreas com atividades agrícolas eram responsáveis pela maioria dos casos de leptospirose no RS e que a

1 Médica Veterinária / prefeitura Municipal de Estrela.

2 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



proporção de casos relacionados ao ambiente de trabalho era alta (BARCELLOS et al., 2003). A ocupação é reconhecida, também, como fator de risco para infecção por leptospirose (LUZ et al., 2008) e o labor em áreas rurais têm exposto os trabalhadores à doença (BARCELLOS et al., 2003; LUZ et al., 2008; NÁJERA et al., 2007; PRABHAKARAN et al., 2014; SETHI et al., 2010; WASINSKI; DUTKIEWICZ, 2013).

De acordo com informações do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o município de Estrela apresentou 32 casos confirmados de leptospirose, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2015, tendo havido um óbito. Não há, até o momento, nenhum estudo acerca da leptospirose no município e o perfil sociodemográfico-ocupacional dos casos é desconhecido.

A partir desse contexto, este estudo tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico-ocupacional de trabalhadores da área rural do município de Estrela/RS, acometidos por leptospirose, bem como a incidência dos casos, no intuito de contribuir para o planejamento de ações que previnam os riscos, promovam e protejam a saúde desses trabalhadores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa. Foi realizado no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do município de Estrela/RS, através da análise das Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN dos casos confirmados de leptospirose de pessoas residentes no município, notificados por profissionais da saúde de Estrela e que tiveram como local de infecção a área rural e como característica do ambiente de infecção o trabalho. O período abrangido no estudo foram os anos de 2007 a 2015.

Estrela é um município situado no Estado do Rio Grande do Sul, na Região Sul do Brasil e com clima subtropical. Localiza-se na região do Vale do Taquari, sendo banhado pelo rio Taquari, principal afluente do rio Jacuí, pertencente à bacia hidrográfica Taquari-Antas. Colonizada por alemães a partir da segunda metade do século passado, o município de 30.619 habitantes (CENSO, 2016a) tem sua economia baseada na indústria de transformação, no comércio e no setor primário, com destaque para a produção leiteira. Na área rural predominam pequenas propriedades, a maioria na faixa de 10 hectares, com produção diversificada (IBGE, 2016). A população se concentra na área urbana (84%) (CENSO, 2016a).

Os dados sociodemográficos-ocupacionais necessários para o estudo foram coletados das Fichas de Investigação de Leptospirose tendo sido selecionadas as informações referentes ao sexo, idade, escolaridade, ocupação, situação de risco ocorrida nos 30 dias que antecederam os sintomas e evolução do caso.

Inicialmente, para obter informações acerca dos casos confirmados de



leptospirose em Estrela e no RS foi utilizado o DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), cujos filtros permitem criar tabelas diversas com informações variadas sobre os casos. Para o cálculo das incidências dos casos também foram utilizadas informações disponibilizadas no DATASUS acerca dos casos confirmados de leptospirose em Estrela e no RS e dados demográficos populacionais retirados do censo de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Para o cálculo da população total e população da área rural do RS e de Estrela foi utilizada a tabela nº 200 do IBGE (CENSO, 2016b); para o cálculo da população de trabalhadores na área rural do RS e de Estrela foi utilizada a tabela nº 3594 do IBGE (CENSO, 2016c). Esta indicou a população com 10 anos ou mais de idade, ocupadas, com situação de domicílio na área rural do município de Estrela e do Estado do RS.

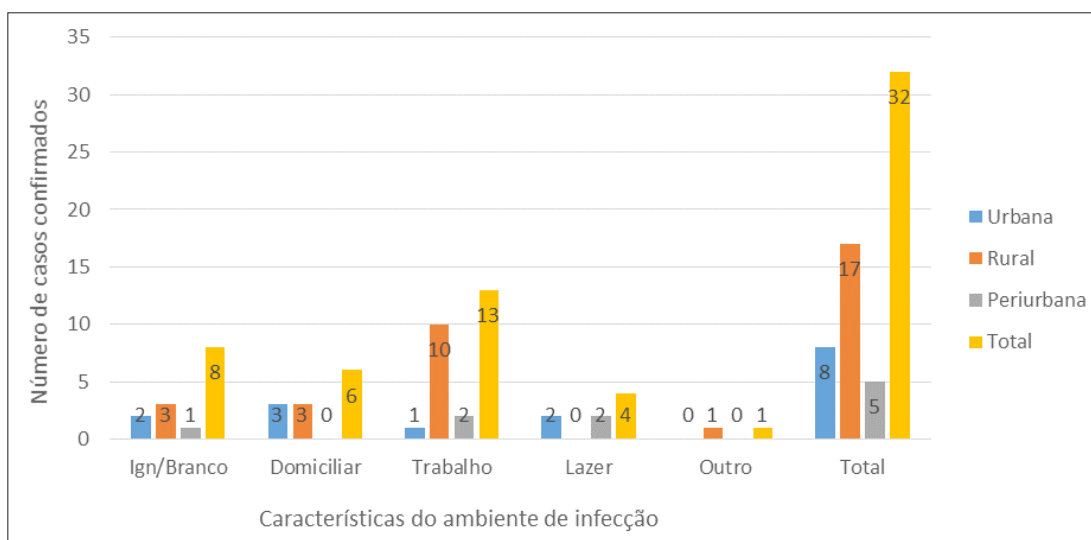
Os dados coletados foram dispostos em planilhas Excel para análise quantitativa descritiva, com frequências absolutas e relativas. A apresentação está descrita em tabelas e gráficos.

O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNISC, sob protocolo número 1.469.354.

RESULTADOS

Foram levantados 32 casos confirmados de leptospirose no período de abrangência do estudo, distribuídos conforme a Figura 1. Destes, 17 tiveram origem na área rural, dos orais 10 tiveram o trabalho como provável local de infecção, constituindo a relação área rural e trabalho o que mais ocorreu dentre as possíveis e, conseqüentemente, teve o maior número de casos confirmados em Estrela, 31,25%.

Figura 1 - Distribuição do total de casos de acordo com o local de infecção e características do ambiente de infecção.



Fonte: DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).



Entretanto, dos dez casos que acometeram trabalhadores da área rural do município, dois foram notificados por outros municípios, portanto excluídos da pesquisa para o perfil sociodemográfico-laboral, já que não foi possível acessar as Fichas de Investigação de Leptospirose destes casos. Restaram, portanto, oito casos, confirmando o número de Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN fornecidas pelo setor de Vigilância Epidemiológica do município e que foram analisadas.

A análise das oito fichas de investigação quanto aos parâmetros sociodemográfico-laborais revelou que um dos casos ocorreu com uma trabalhadora do sexo feminino. A idade dos trabalhadores variou de 21 a 65 anos, havendo apenas um trabalhador acometido pela doença com idade abaixo dos 40 anos. A média de idade foi de 50 anos. A distribuição dos casos por ano da notificação, sexo e idade está no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos casos de acordo com o ano da notificação, sexo e idade dos trabalhadores acometidos por leptospirose na área rural

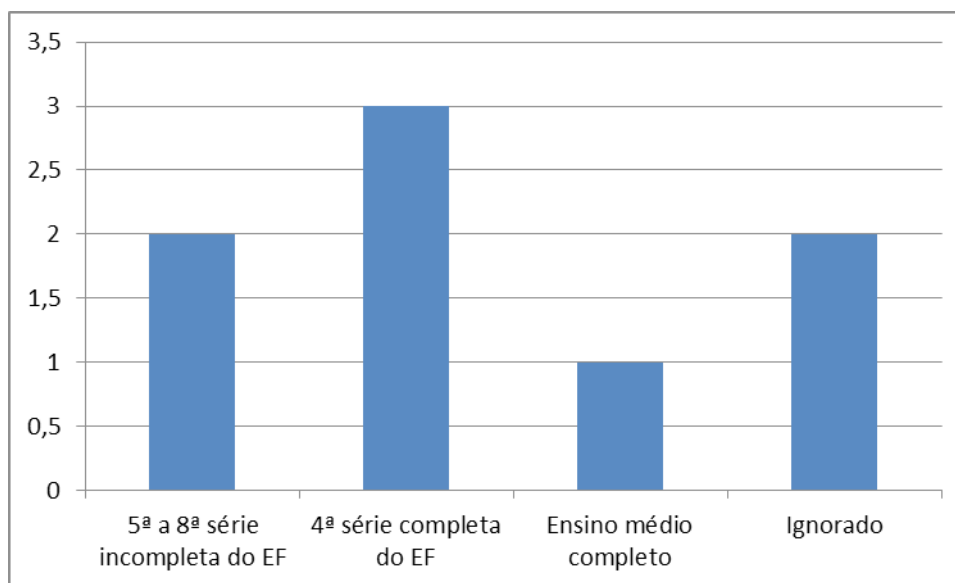
Ano da Notificação	Sexo	Idade em anos
	Masculino(M)/Feminino(F)	
2007	F	41
2009	M	58
2010	M	42
2010	M	21
2011	M	61
2011	M	49
2014	M	65
2014	M	64

Fonte: Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN analisadas, 2016.

Quanto à escolaridade, dois casos indicaram “Ignorado”. Havia um trabalhador com ensino médio completo, sendo o nível de escolaridade dos demais trabalhadores inferior a este. Três trabalhadores tinham até a 4^a série do ensino fundamental, nível de escolaridade mais frequente (Figura 2).



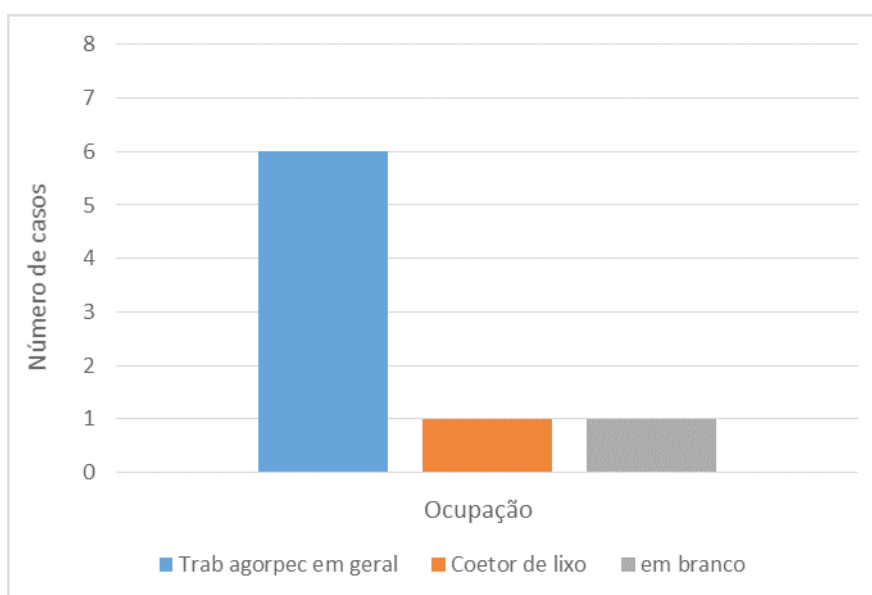
Figura 2 - Distribuição dos casos segundo a escolaridade



Fonte: Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN analisadas, 2016.

Quanto à ocupação, a maioria, seis casos, estava classificada como “Trabalhador Agropecuário em geral”. Uma das fichas de investigação não estava preenchida quanto a esse item (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos casos segundo a ocupação



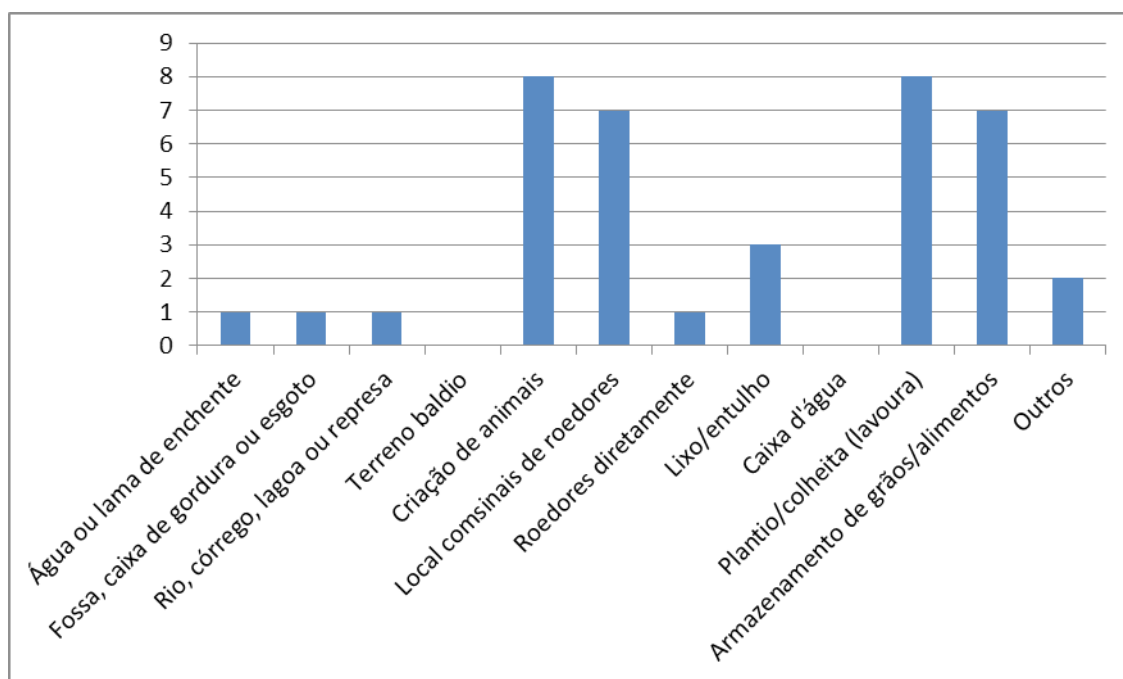
Fonte: Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN analisadas, 2016.

No quesito “Situação de risco ocorrida nos 30 dias que antecederam os sintomas” contido nas Fichas de Investigação de leptospirose, das doze opções de situação



de risco, as opções de contato com “Terreno baldio” e “Caixa d’água” não foram assinaladas em nenhuma das fichas. As situações de risco mais assinaladas foram “Criação de animais”, “Plantio/colheita (lavoura)”, “Local com sinais de roedores” e “Armazenamento de grãos/alimentos”, sendo as situações de contato com “Criação de animais” e de “Plantio/colheita (lavoura)” as que foram assinaladas em todos os oito casos (Figura 4).

Figura 4 - Situações de risco ocorridas nos 30 dias que antecederam os sintomas

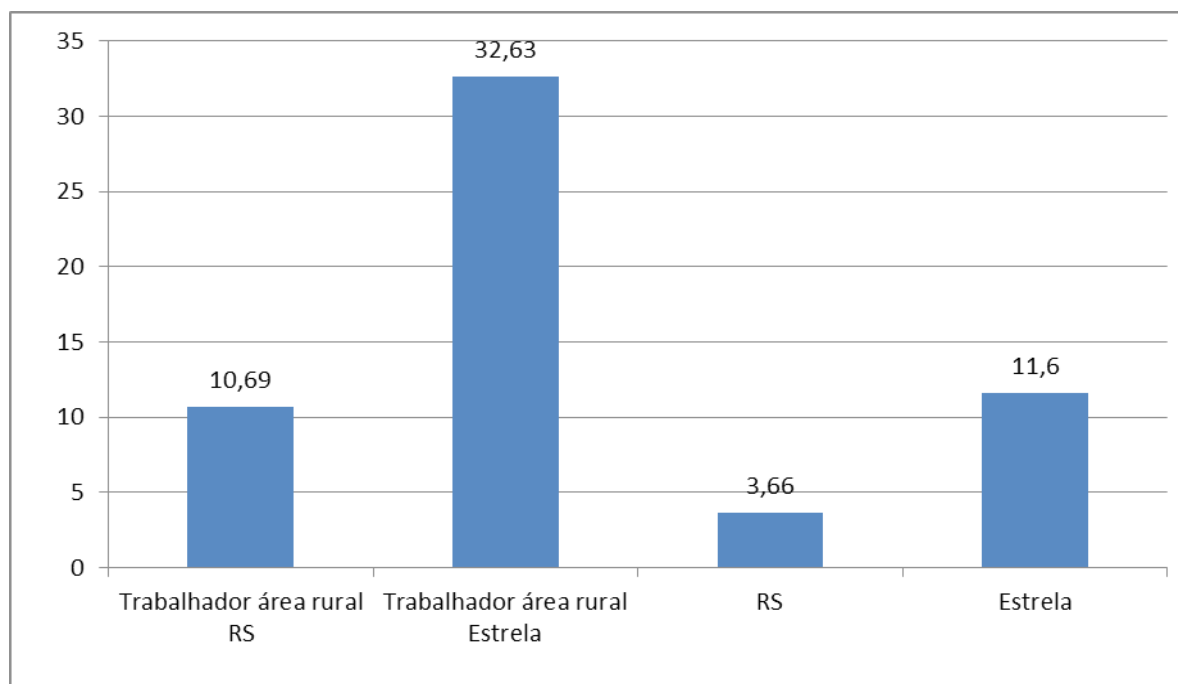


Fonte: Fichas de Investigação de Leptospirose do SINAN analisadas, 2016.

Todos os casos evoluíram para a cura, exceto um, que resultou em óbito por leptospirose. O trabalhador era do sexo masculino, tinha 42 anos de idade, baixa escolaridade (4ª série completa do ensino fundamental) e como ocupação “trabalhador agropecuário em geral”. Havia histórico de contato/limpeza de “Criação de animais”, “Local com sinais de roedores”, “Plantio/colheita (lavoura)” e “Armazenamento de grãos/alimentos”.

No período do estudo, a incidência de leptospirose em Estrela foi de 11,6 casos/100.000 habitantes. Considerando os casos que acometeram trabalhadores da área rural, esse número foi de 32,63 casos/100.000 trabalhadores rurais. O Estado do Rio Grande do Sul registrou uma incidência de leptospirose de 3,66 casos/100.000 habitantes, entretanto a incidência de leptospirose em trabalhadores da área rural foi de 10,69 casos/100.000 trabalhadores rurais (CENSO, 2016a; CENSO, 2016b; CENSO, 2016c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Figura 5 - Incidência da leptospirose no RS e em Estrela no período do estudo



Fonte: DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) e IBGE (CENSO, 2016a; CENSO, 2016b; IBGE, 2016c).

A incidência de leptospirose em trabalhadores da área rural do município de Estrela foi superior à incidência total do município e do Estado e superior à incidência de leptospirose em trabalhadores da área rural do Estado.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Os trabalhadores da área rural de Estrela mais acometidos por leptospirose eram do sexo masculino (87,5 %), indo ao encontro de estudos anteriores realizados no Brasil (GRESSLER et al., 2012; RIBEIRO, 2008; SOUZA et al., 2013; SOUZA et al., 2011), Cuba (CABEZAS et al., 2012), Uruguai (SCHELOTTO et al., 2012), Índia (PARMAR et al., 2013; SETHI et al., 2010), Malásia (RAFIZAH et al., 2013), Estados Unidos (KATZ et al., 2011) e outros países (COSTA et al., 2015) que relatam uma maior incidência da doença nos indivíduos do sexo masculino. Visando identificar fatores de risco para infecção e para progressão para formas graves da leptospirose, um estudo publicado em 2008, realizado em uma comunidade de Salvador, no Estado da Bahia, identificou que grupos etários mais velhos e o sexo masculino estavam associados a maiores incidências da doença e que, portanto, fatores associados ao sexo e à idade devem influenciar o risco de infecção pela bactéria. Concluiu, ainda, que homens têm maior risco de infecção por *Leptospira*, entretanto, que mulheres, quando desenvolvem formas graves, têm maior risco de óbito (RIBEIRO, 2008). Posteriormente, em 2013, outro estudo realizado na mesma comunidade investigou



a influência do sexo e da idade no risco de progressão clínica da leptospirose e concluiu que homens têm mais risco de desenvolver infecções subclínicas e formas graves da doença quando comparados às mulheres (PAPLOSKI, 2013).

Isso pode auxiliar a explicar o motivo do sexo masculino ter maior incidência da doença no presente estudo. Ainda, alguns estudos sugerem que o tipo de ocupação como a agricultura em geral, manejo de bovinos leiteiros e de suínos, cultivo em solos úmidos ou ocupações relacionadas à água, expõem mais indivíduos do sexo masculino (GRESSLER et al., 2012; JANG et al., 2011; PRABBHAKARAN et al., 2014; SCHELOTTO et al., 2012; TABIBI et al., 2013).

No presente estudo, apenas um dos casos tinha idade de 21 anos, todos os demais casos (sete) apresentaram idade superior a 41 anos. O caso com idade mais avançada foi de 65 anos. Ao contrário do verificado neste estudo, em uma região no norte da Índia, onde uma grande parte da população depende da agricultura, um estudo realizado entre 2004 a 2008 revelou que de 86 casos de leptospirose ocorridos, 60 casos tiveram a faixa etária entre 21 a 40 anos, tendo ocorrido apenas 4 casos onde a idade estava na faixa acima de 61 anos (SETHI et al., 2010). No Uruguai, um estudo de 10 anos (2000 a 2010), com 945 casos confirmados laboratorialmente, também revelou informação diferente quanto à idade: que dos casos confirmados, 93,5% eram do sexo masculino, porém a faixa etária mais acometida estava entre 20 a 40 anos (SCHELOTTO et al., 2012).

Entretanto, em Santa Cruz do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, as faixas etárias de maior número de casos confirmados de leptospirose em trabalhadores (118 casos) foram as de 20 a 29 anos e entre 40 a 49 anos, somando 47,5% dos casos (GRESSLER et al., 2012). Manipuladores de carnes do México, que tiveram sorologia positiva para leptospirose, apresentaram, em sua maioria, faixa etária entre 31 a 50 anos (ESQUIVEL-ALVARADO et al., 2016).

Em Salvador, um estudo conduzido em uma comunidade da área urbana concluiu que indivíduos do sexo masculino e a faixa etária entre 45 a 54 anos representaram possuir maior risco para desenvolver a forma grave da doença. A faixa etária de 25 a 34 anos apresentou maior risco de desenvolver infecções subclínicas quando comparada com demais faixas etárias. O mesmo estudo demonstrou que indivíduos com 55 anos ou mais tiveram maior risco para o óbito e que mulheres, quando evoluem para forma grave, têm mais risco do óbito quando comparadas aos homens (RIBEIRO, 2008).

A ocupação é reconhecida como fator de risco para leptospirose há anos (LEVETT, 2001). Neste estudo a maioria dos trabalhadores tinham como ocupação “trabalhador agropecuário em geral”. Ocorreu em 75% dos casos. Diversos estudos têm associado o trabalho ao risco de infecção por *Leptospira* (AGAMPODI et al., 2015; BHARTI et al., 2003; BROWN et al., 2011; CALDERÓN; RODRIGUEZ; MATTAR, 2013; GONÇALVES et al., 2006; GRESSLER et al., 2012; JANG et al., 2011; KAMATH



et al., 2014; KEENAN et al., 2010; KURIAKOSE et al., 2008; LUZ et al., 2008; MCLEAN et al., 2014; NÁJERA et al., 2007; RAFIZAH et al., 2013; SCHELOTTO et al., 2012; SETHI et al., 2010; TABIBI et al., 2013). Embora o risco ocupacional seja reconhecido em diversas profissões como veterinários, magarefes, trabalhadores do sistema de esgotamento sanitário, militares e outros, os trabalhadores agropecuários têm sido associados ao maior risco em vários estudos (AGAMPODI et al., 2015; GRESSLER et al., 2012; JANG et al., 2011; KURIAKOSE et al., 2008; LUZ et al., 2008; NÁJERA et al., 2007; RAFIZAH et al., 2013). Estudo realizado em Santa Cruz do Sul, RS, identificou que dos 118 casos confirmados de leptospirose em trabalhadores, 86 eram agricultores, representando 72% dos trabalhadores que foram acometidos pela doença (GRESSLER et al., 2012).

As infecções podem ocorrer durante o trabalho agropecuário em geral, uma vez que essa classe se expõe diariamente a ambientes onde habitam roedores, tais como: galpões, silos, lavouras (que propiciam abrigo e/ou que contenham fonte de alimento para roedores). Além disso, o contato direto com animais possíveis portadores (bovinos, suínos, cães, equinos, ovinos) que podem eliminar a bactéria na urina, contaminando o ambiente e, assim, o homem, formam elos na cadeia de transmissão desta zoonose. O ambiente rural em si, onde encontramos animais silvestres mais próximos aos homens, também propicia a infecção dos animais domésticos e humanos, uma vez que muitos mamíferos de pequeno porte podem servir de reservatórios para diversas espécies de *Leptospira*. Somado a isso, as deficientes práticas sanitárias preventivas na agropecuária (MCLEAN et al., 2014; SETHI et al., 2010) e o não uso ou mau uso de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores (KAMATH et al., 2014; MASON et al., 2015; MCLEAN et al., 2014; PRABBHAKARAN et al., 2014; SETHI et al., 2010) favorecem as contaminações.

A área rural do município de Estrela se caracteriza pela produção de bovinos leiteiros, suínos e aves, bem como atividades agrícolas como as plantações de soja e milho. Essa informação vem ao encontro com as situações de risco ocorridas nos 30 dias que antecederam os sintomas que ocorreram em 100% dos casos: “contato com animais” e “plantio/colheita (lavoura)”. Na Itália concluiu-se que há uma frequência mais alta de presença de anticorpos anti-leptospira em criadores de animais do que em trabalhadores não criadores de animais, sugerindo que os criadores de animais estão mais expostos aos agentes biológicos do que os trabalhadores não envolvidos em criação de animais (TABIBI et al., 2013).

Outros estudos têm relatado a soro-prevalência de anticorpos anti-leptospira em criações de bovinos (BROWN et al., 2011; HERRMANN et al., 2012; PRABBHAKARAN et al., 2014) e suínos (CALDERÓN; RODRIGUEZ, MATTAR, 2013; HERRMANN et al., 2012), indicando que essas espécies podem servir como fonte de infecção para humanos. Na Colômbia, a alta soro-prevalência de anticorpos anti-leptospira em suínos, cães e humanos em fazendas suinícolas foi demonstrada e concluiu-



se que há transmissão entre animais, meio ambiente e humanos (CALDERÓN; RODRIGUEZ, MATTAR, 2013). Na Bahia, Brasil, ao se pesquisar sobre os fatores de risco para leptospirose em fêmeas bovinas, a presença de suínos nas propriedades foi apontada como fator de risco para infecção dessas fêmeas (OLIVEIRA et al., 2010). A criação de frangos também foi apontada como um fator que aumentou o risco de infecção por leptospira (REIS, et al., 2008). Um estudo realizado em vinte e quatro pacientes suspeitos de leptospirose na Índia demonstrou que a maioria dos casos tiveram origem na área rural tendo todos os casos (suspeitos e confirmados) relatado histórico de contato com animais (PRABBHAKARAN et al., 2014).

O contato com lavouras como situação de risco para leptospirose também foi relatado na Índia (SETHI et al., 2010), envolvendo culturas que necessitem solo úmido (PRABBHAKARAN et al., 2014), no Sri Lanka (AGAMPODI et al., 2015) e no Estado do RS (SCHNEIDER et al., 2015), envolvendo campos de arroz. Dentre sete grupos de ocupações analisadas, o grupo de trabalhadores de arrozais teve a terceira maior prevalência de anticorpos anti-leptospira em um estudo realizado em Villavicencio, Colômbia (LUZ et al., 2008). No município de Estrela não há cultivo de arroz e as principais lavouras são de milho, soja e trigo, sendo o milho a mais cultivada para produção de ração animal. Tais culturas não necessitam de solo encharcado.

As situações de contato com “Local com sinais de roedores” e “Armazenamento de grãos/alimentos” também foram assinaladas em sete de oito Fichas de Investigação o que também é coerente com as atividades agropecuárias mais desenvolvidas no município, uma vez que a criação de animais de produção exige o armazenamento de grãos ou ração em silos e que são fortes atrativos para os roedores que buscam também nesses produtos sua fonte de alimento. O contato direto com roedores ou ambientes onde haja a presença destes é relatado como fator de risco para leptospirose em diversos estudos já realizados no Brasil (MENDONZA, 2010; SOUZA et al., 2013), Cuba (CABEZAS et al., 2012), Jamaica (KEENAN et al., 2010), Filipinas (MENDONZA, 2010), Índia (KAMATH et al., 2014; PRABBHAKARAN et al., 2014), Colômbia (LUZ et al., 2008), Sri Lanka (MENDONZA, 2010). Um estudo realizado na Índia entre 2007 a 2008 demonstrou que a infestação por roedores tanto nos ambientes de trabalho quanto de domicílio tem uma associação mais forte no ambiente rural do que no urbano, bem como andar com pés descalços, expor-se a culturas úmidas, criação de gado em casa, dentre outros fatores (PRABBHAKARAN et al., 2014).

Quanto à escolaridade dos trabalhadores deste estudo, somente um trabalhador concluiu o ensino médio. Em duas fichas essa informação constava com “ignorada”. Todos os demais apresentavam escolaridade inferior, com ensino fundamental incompleto, corroborando os estudos citados anteriormente. Há indicação de que agricultores com maior nível de educação estão mais propensos a adotar práticas de prevenção à leptospirose (ARBIOL et al., 2016). Na Colômbia, entre 2009 a 2010, um estudo realizado concluiu que trabalhadores com conhecimento limitado sobre



zoonoses e, conseqüentemente, com maior risco à saúde de desenvolver essas doenças foram os que não possuíam educação profissional e/ou não possuíam nenhum ou limitado treinamento sobre prevenção de zoonoses (CEDIEL et al., 2013). A baixa escolaridade associada à ocorrência de infecção por *leptospira* foi verificada em outros estudos (BROWN et al., 2011; DIAS et al., 2007; SOUZA et al., 2011).

A mortalidade no período foi de 12,5%, correspondendo a apenas um trabalhador do sexo masculino com idade de 42 anos. A informação sobre gênero e idade também foi concluída em outro estudo, considerando dados de todo Brasil, no qual a mortalidade geral ficou em 10%. O mesmo estudo revelou que a maioria dos óbitos era de pacientes do sexo masculino, com mediana de idade de 43 anos e nível de escolaridade fundamental (SOUZA et al., 2011). Uma revisão de estudos publicados em todo o mundo sobre morbidade e mortalidade por leptospirose identificou que uma grande proporção de casos e mortes ocorrem em homens com idade entre 20 a 49 anos (COSTA et al., 2015). Entretanto, tem se demonstrado que o risco de morte aumenta com o avanço da idade (CABEZAS et al., 2012; COSTA et al., 2015; PAPLOSKI, 2013). No México, de 2000 a 2010, a mortalidade geral por leptospirose foi de 12,8% e, apesar de não ter sido constatada a maior incidência no sexo masculino, a doença foi mais fatal em homens do que em mulheres (SÁNCHEZ-MONTES et al., 2015).

Quanto à incidência, nos trabalhadores da área rural tanto de Estrela como do RS ela foi quase 3 vezes superior que as respectivas incidências totais. Essa informação vem ao encontro de resultados encontrados em estudo realizado no Estado que concluiu que populações da área rural têm oito vezes mais risco de contrair leptospirose do que as populações urbanas (SCHNEIDER et al., 2015), visto que, pelo menos, oito de dez trabalhadores do presente estudo residiam na área rural (dois não puderam ser confirmados). Quando se estratifica os prováveis ambientes de infecção da leptospirose em áreas rurais, o trabalho apresenta uma alta prevalência quando comparado aos demais ambientes (BARCELLOS et al., 2003), o que também foi constatado no presente estudo (Figura 1).

Deve-se levar em consideração que estão sendo contabilizados apenas os casos confirmados notificados através do sistema DATASUS e que, em geral, representam os casos mais graves que buscam ou são encaminhados ao hospital municipal que é referência na região. Os casos com infecções subclínicas e leves ou menos graves acabam não sendo diagnosticados ou sequer buscam atendimento, não sendo convertidos em informações estatísticas. Sabe-se que mais da metade dos municípios do RS não apresentam notificações (53%), entretanto são pequenos, apresentando na maioria uma população abaixo de 10.000 habitantes (SCHNEIDER et al., 2015).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leptospirose é uma importante zoonose que acomete trabalhadores da área rural de Estrela. O perfil sociodemográfico-ocupacional desses trabalhadores é formado pela maioria de homens, com idade média de 50 anos, baixa escolaridade e que têm como ocupação, principalmente, o trabalho agropecuário em geral.

A alta incidência de leptospirose em trabalhadores da área rural encontrada em Estrela merece atenção. As situações de risco mais relatadas como o contato com animais, com plantio/lavoura (colheita), com locais com sinais de roedores e de armazenamento de grãos/alimentos e as características de produção agropecuárias do município podem sugerir que a criação de animais de produção como bovinos de leite e suínos e o armazenamento de alimentos para estes animais, podem ser uma importante fonte de infecção para humanos no município, entretanto esta informação necessita de mais estudos para elucidação.

Ainda, mostra-se necessário um esforço entre órgãos públicos e parceiros envolvidos no processo produtivo, visando ações educativas e informativas junto às comunidades da área rural buscando a proteção e prevenção da saúde desses trabalhadores frente a esta zoonose.

REFERÊNCIAS

AGAMPODI, S. B.; et al. Characteristics of rural leptospirosis patients admitted to referral hospitals during the 2008 leptospirosis outbreak in Sri Lanka: implications for developing public health control measures. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Illinois, v. 92, n. 1, p. 139-144, 2015.

ARBIOL, J.; et al. Knowledge, attitude and practices towards leptospirosis among lakeshore communities of Calamba and Los Banos, Laguna, Philipines. **Multidisciplinary Digital Publishing Institute**, Basel, v. 6, n. 18, p. 1-12, 2016.

BARCELLOS, C.; et al. Distribuição espacial da leptospirose no Rio Grande do Sul, Brasil: recuperando a ecologia dos estudos ecológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1283-1292, 2003.

BHARTI, A. R.; et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. **The Lancet Infectious Diseases**, London, v. 3, p. 757-771, 2003.

BRASIL, Portal da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Leptospirose. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/leptospirose>> <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/leptospirose>>. Acesso em: 20 de jun. 2016.



BROWN, P. D.; et al. Environmental risk factors associated with leptospirosis among butchers and their associates in Jamaica. **The International Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Shiraz, v. 2, n.1, p. 47-57, 2011.

CABEZAS, H. M.; et al. Leptospirosis en humanos en el municipio Playa La Habana 2000-2010. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, La Habana, v. 11, n. 1, p. 94-103, 2012.

CALDERÓN, A.; RODRÍGUEZ, V.; MÁTTAR, S.; Leptospirosis in pigs, dogs, rodents, humans and water in na área of the Colombiam Tropics. **Tropical Animal Health and Production**, n. 46, p. 427-432, 2013.

CEDIEL, N.; et al. Establecimiento de prioridades em la vigilância, la prevencion y el controle las zoonoses em Bogota, Colombia. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 5, p. 316-324, 2013.

CENSO demográfico 2010: Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=43&dados=1>> <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=43&dados=1>>. Acesso em: 27 jun. 2016a.

_____. Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=200>> <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=200>>. Acesso em: 27 jun. 2016b.

_____. Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=3594>>. Acesso em: 27 jun. 2016c.

COSTA, F.; et al. Global morbidity and mortality of leptospirosis: a systematic review. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, DOI: 10.1371 / journal.pntd.0003898, p. 1-19, 2015.

DIAS, P. J.; et al. Factors associated with *Leptospira* sp infection in a large urban center in northeastern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 40, n. 5, p. 499-504, 2007.

DUPOUEY, J.; et al. Human leptospirosis: an emerging risk in Europe. **Journal of Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases**, v. 37, p. 77-83, 2014.

ESQUIVEL-ALVARADO, C.; et al. High Seroprevalence of leptospira exposure in meat workers in northern Mexico: a case-control. **Journal of Clinical Medicine Research**, Quebec, Canadá, v. 3, n. 8, p. 231-236, 2016.

GONÇALVES, D. D.; et al. Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná state, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**,



São Paulo, v. 48, n. 3, p. 135-140, 2006.

GRESSLER, M.; et al. Leptospirose e exposição ocupacional: um estudo no município de Santa Cruz do Sul/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 51-54, 2012.

HERRMANN, G. P.; et al. Soroprevalência de leptospirose em bovinos nas mesorregiões sudeste e sudoeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência Animal Brasileira**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 131-138, 2012.

IBGE. Desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, permite obter informações sobre todos os municípios do Brasil. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=430780>> <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=430780>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

JANG, Y.; et al. Epidemiological aspects of human brucellosis and leptospirosis outbreaks in Korea. **Journal of Clinical Medicine Research**, Quebec, Canadá, v. 3, n. 4, p. 199-202, 2011.

KAMATH, S. S.; et al. Studing risk factors associated with human leptospirosis. **Journal of Global Infectious Diseases**, Florida, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2014.

KATZ, A. R.; et al. Leptospirosis in Hawaii, USA, 1999–2008. **Emerging Infectious Diseases Journal**, Atlanta, v. 17, n. 2, p. 221-226, 2011.

KEENAN, J.; et al. Risk factors for clinical leptospirosis from western Jamaica. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Illinois, v. 83, n. 3, p. 633-636, 2010.

KURIAKOSE, M.; et al. Leptospirosis in a midland rural área of Kerala state. **Indian Journal of Medical Research**, New Dehli, v. 128, n. 3. 2008.

LEVETT, P. N.; Leptospirosis, Clinical Microbiological Reviews. **Clinical Microbiology Reviews**, Barbados, v. 14, n. 2, p. 296-326, 2001.

LUZ, P. D.; et al. Detección de anticuerpos IgM a leptospira en humanos en riesgo ocupacional em VillaVicencio, Meta. **Revista MVZ Córdoba**, Córdoba, v. 13, n. 1, p. 1120-1127, 2008.

MASON, M.R.; et al. Protective practices against zoonotic infections among rural and slum communities from South Central Chile. **Public Health**, London, v. 15, n. 713, p. 1-15, 2015.

MCLEAN, M.; et al. A cluster of three cases of leptospirosis in dairy farm workers in New Zealand. **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 127, n. 1388, p. 13-20, 2014.

MENDONZA, ROGER LEE; Leptospirosis in the tropics: when prevention doesn't easily



sell as a tonof cure. **American Journal of Economics and Business Administration**, New York, v. 2, n. 3, p. 307-316, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de dados do DATASUS. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/leptors.def>. Acesso em: 21 abr. 2016.

NÁJERA, S.; et al. Leptospirosis ocupacional en una región del caribe colombiano. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 47, n. 3, p. 240-244, 2007.

OLIVEIRA, F.; et al. Fatores de risco para a leptospirose em fêmeas bovinas em idade reprodutiva no estado da Bahia, nordeste do Brasil. **Revista Pesquisa Veterinária Brasileira**, Seropédica, v. 30, n. 5, p. 398-402, 2010.

PAPLOSKI, Igor Adolfo Dexheimer. **História natural da leptospirose urbana: influência do sexo e da idade no risco de infecção, progressão clínica da doença e óbito**. 2013. 80 f. Dissertação (Tese de Mestrado do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz) - Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Bahia, 2013.

PARMAR, G.; et al. Socio-demographic, clinical and laboratory profile of leptospirosis cases registered at Smimer, Surat. **National Journal of Community Medicine**, Surat, Índia, v. 4, n. 3, p. 507-511, 2013.

PRABBHAKARAN, S. G.; et al. Risk factors associated with rural and urban epidemics of leptospirosis in Tiruchirappalli District of Tamilnadu, India. **Journal of Public Health**, n. 22, p. 323-333, 2014.

RAFIZAH, A.A.N. et al. Risk factors of leptospirosis among febrile hospital admissions in northeaster Malasysia. **Preventive Medicine**, 1st Asia Pacific Clinical Epidemiology and Evidence Based Medicine Conference, Kuala Lumpur, Malaysia, v. 57, p. 11-13, 2013.

REIS, B. R.; et al. Impact of Environment and Social Gradient on Leptospira Impact of Environment and Social Gradient on Leptospira. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, DOI: 10.1371/journal.pndt.0000228, v. 2, n. 4, 2008.

RIBEIRO, Guilherme de Souza. **Estudo longitudinal da leptospirose urbana: investigação de fatores de risco para infecção e para o desenvolvimento de formas graves após a infecção**. 2008. 70 f. Dissertação (Tese de Doutorado do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz) - Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Bahia, 2008.

SÁNCHEZ-MONTES, S.; et al. Leptospirosis in Mexico: epidemiology and potencial distribution of human cases. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, DOI: 10.1371/ jornal.pone.0133720, p. 1-16, 2015.

SCHELOTTO, E. et al. A tem-year follow-up of human leptospirosis in Uruguay: na unresolved health problem. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 69-75, 2012.



SCHNEIDER, M.C; et al. Leptospirosis in Rio Grande do Sul, Brazil: an ecosystem approachin, the animal-human interface. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, DOI: 10.1371/ journal.pntd.0004095, p. 1-20, 2015.

SETHI, S.; et al. Increasing trends of leptospirosis in northern India: a clínicoepidemiological study. **Plos Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, v. 4, n.1, p. 1-7, 2010.

SOUZA, A. A. T.; et al. Variação sazonal e aspectos clínico-epidemiológicos da leptospirose humana na cidade de Itaperuna-RJ. **Revista Acta Biomedicina Brasiliensia**, Itaperuna, v. 4, n. 1, p. 49-56, 2013.

SOUZA, V. M. M.; et al. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1001-1008, 2011.

TABIBI, R. et al. Occupational exposure to zoonotic agentes among agricultural workers in lombardy region, northern Italy. **Annals of Agricultural and Enviromental Medicine**, v. 20, n. 4, p. 676-681, 2013.

WASINSKI, B.; DUTKIEWICZ, J.; Leptospirosis – current risk factors connected with human activity and the enviroment, **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Lublin, v. 20, n. 2, p. 239-244, 2013.



O MUNDO (IN)VISÍVEL DOS TRABALHADORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA REGIÃO DA 8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

Solange Terezinha Alves de Oliveira¹

Luciane Maria Schmidt Alves²

Suzane Beatriz Frantz Krug³

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa versa sobre a saúde dos trabalhadores da saúde (fiscais sanitários) da região da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde/ Secretaria Estadual de Saúde (SES)/RS. Procurou-se identificar os principais fatores de risco presentes no dia a dia do trabalho dos fiscais sanitários da referida Coordenadoria de Saúde, mais especificamente, verificou-se se existem fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e fatores estressores que podem levar esses profissionais de saúde ao adoecimento.

Os fiscais sanitários sentem-se muitas vezes frágeis diante de várias situações que os colocam em risco. A atividade diária do fiscal sanitário consiste em “lidar” com estabelecimentos com grande poderio econômico e/ou político. Seu trabalho é regido por “pressões” externas e internas que vão desde prazos para liberação de alvarás sanitários, até a realização de avaliações das condições sanitárias dos estabelecimentos, assumindo eventuais riscos não detectados ou autorizados. As atividades são desenvolvidas em âmbito regional ou municipal.

Uma das justificativas desta pesquisa parte da observação dos adoecimentos do profissional lotado como fiscal sanitário na região da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, pois os mesmos vêm sendo acometidos de diversas moléstias relacionadas ao trabalho, passando por questões físicas (Ler/Dort, viroses, fadiga, hipertensão, etc) e questões relacionadas à saúde mental (estresse, ansiedades, etc).

Tem-se consciência de que o fiscal sanitário é um elemento importante para a prevenção, eliminação e/ou minimização de riscos que eventualmente podem ser ocasionados. Do seu trabalho zeloso advém a tranquilidade dos usuários do SUS em usufruir de serviços e produtos confiáveis para sua saúde. Sendo assim, é de extrema importância o resgate de ações humanizadas na assistência à saúde desse

1 Bacharel em Direito/ 8ª CRS.

2 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.

3 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



trabalhador. Nessa ótica, essa pesquisa é oportuna pois aborda o cotidiano desses profissionais, analisando os principais fatores de risco a que os fiscais sanitários da região da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde estão expostos durante o desempenho de suas atividades laborativas, e que podem estar colaborando para seus adoecimentos físicos e mentais.

O presente tema apresenta escassa bibliografia, dificultando o reconhecimento dos riscos aos quais essa categoria de trabalhadores está exposta, bem como a relação nexos causal com as doenças ocupacionais. No entanto, como responsável pela saúde do trabalhador desta Regional e também como fiscal sanitário, percebem-se inúmeros casos de adoecimentos físicos e de sofrimento mental desses trabalhadores. Com inspiração nessa realidade, repleta de conflitos e desafios, por vezes contendo conquistas, derrotas, frustrações, sofrimentos e prazeres, e considerando que a Vigilância Sanitária é um campo de atuação complexo e de constantes pressões e mudanças de legislações, merecendo atenção especial, justifica-se a relevância desse estudo.

O objetivo foi conhecer a realidade de trabalho dos profissionais da vigilância sanitária, identificando os principais fatores de riscos de estresse que podem estar contribuindo para o adoecimento físico e psíquico, e, de posse desses dados, apresentar sugestões de ações que possam propiciar mudanças/melhorias no ambiente de trabalho do fiscal sanitário, sob a ótica do que é preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador. Essas sugestões serão apresentadas e discutidas em conjunto com o gestor estadual e municipal de saúde e também com os próprios fiscais sanitários, sujeitos da presente pesquisa.

RELAÇÃO TRABALHADOR-TRABALHO: CONFLITOS E REALIZAÇÕES

Ao analisar o mundo do trabalho vê-se que o mesmo molda, desde os primórdios, a civilização humana. No mundo capitalista o trabalho é reconhecido como origem e fundamento da riqueza e da própria vida do ser humano.

Para consolidar um posto de trabalho coerente às características das tarefas, do usuário e do contexto no qual será implantado é relevante que alguns critérios de projeto sejam adotados para alcançar os objetivos pretendidos, com a efetividade desejada, evitando danos físicos e psicológicos aos trabalhadores (VILLAROUCO; ANDRETO, 2008).

Quando se pensa em trabalho, entende-se que o mesmo é o complemento do existir humano, que é a forma de produção que deveria gerar satisfação e contribuir para a qualidade de vida de todo trabalhador. É consenso, em todos os entendimentos, que o trabalho é mutável e problematizável. O trabalho faz parte da construção da identidade e da saúde mental do trabalhador. O trabalho é parte constituinte da qualidade de vida de um trabalhador.

Os malefícios causados pelo desemprego, às vezes, são até maiores que os



causados por cargas excessivas de trabalho, pois o trabalhador desempregado sente-se profundamente ferido em sua autoestima, não consegue se sentir inserido no mundo capitalista, pois seu poder aquisitivo cai, não conseguindo, por vezes, suprir até mesmo as necessidades mais essenciais de sua família. Mesmo que o trabalho oferecido não tenha as condições mais decentes, o trabalhador acaba por aceitar as situações, até o seu limite.

Trabalhar é transformar-se a si mesmo. O ser humano precisa validar que seu trabalho é útil. Sua importância não é somente de compensação financeira, indo mais além, sendo uma questão de autoafirmação de ser útil. Conforme Dias (2010), o trabalho tem sido entendido como sinônimo de dignidade humana e condição de progresso econômico, entretanto, os trabalhadores enfrentam consideráveis limites às suas possibilidades de identificação com os outros e com o seu trabalho, pelo menos na perspectiva de uma continuidade, refletindo assim na sua própria saúde.

Sob o ponto de vista da Psicodinâmica do Trabalho, que estuda as relações entre organização de trabalho e processos de subjetivação, com base na interface do trabalhador com sua realidade de atividades, Dejours assevera que:

[...] aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. (DEJOURS, 2004, p. 28)

Dejours (1998) afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho. Um dos mais cruéis golpes que o homem sofre com o trabalho é a frustração de suas expectativas iniciais sobre o mesmo, à medida que a propaganda do mundo do trabalho promete felicidade e satisfação pessoal e material para o trabalhador. Porém, quando lá adentra, o que se tem é infelicidade e, na maioria das vezes, a insatisfação pessoal e profissional do trabalhador, desencadeando, então, o sofrimento humano nas organizações. Para Dejours (1993, p. 109), “o trabalho não produz o sofrimento, é o próprio sofrimento que produz o trabalho”.

Segundo Daldon (2012), o trabalho propicia um confronto entre o social e o indivíduo, com seus valores, crenças e concepções. Sempre advirá algum grau de conflito e sofrimento. No entanto, quando o indivíduo tem a possibilidade de construir seu trabalho, através do uso de sua inteligência e conhecimento, ele passa a superar e transformar o sofrimento em prazer, contribuindo para o avanço do próprio trabalho.

Sabe-se que mesmo que o trabalho possa produzir sofrimento, ele é necessário para o sentimento de plenitude do sujeito. Trabalhar é uma construção de algo novo a cada fazer. Na visão de Dias (2010), trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito



e o real. É aquilo que o sujeito deve somar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são definidos.

Pelo conceito de ergologia o trabalho sempre envolve o uso de si; renormalizando as prescrições e criando estratégias singulares, usando os saberes técnicos e práticos do trabalhadores. Conforme Dias (2010), muito embora as vivências de sofrimento sejam inerentes ao ser humano, não diferenciando esse fato no trabalho, o sentido buscado e esperado é o prazer.

A SAÚDE DO TRABALHADOR PARA O TRABALHADOR DA SAÚDE

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo de saber que visa compreender as reações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Trata-se do conjunto de atividades que destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção de saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos ao risco e agravos das condições de trabalho, como o contexto de trabalho dos profissionais da área da saúde pública (BRASIL, 2001).

No âmbito das políticas de saúde pública, não há como negar que houve algum avanço, pois em 07 de novembro de 2011 a Presidenta da República, Dilma Rousseff, decretou a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011). Posteriormente, surge a Portaria n 1823, de 23 de agosto de 2012, instituindo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012), vindo a preencher uma grande lacuna no que diz respeito ao formato das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Assim, fica-se com duas políticas públicas referentes à saúde do trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, de competência das instâncias da saúde, compreende: um conjunto de ações e práticas de vigilância dos agravos relacionados ao trabalho; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho; o acompanhamento de indicadores para avaliação da situação de saúde; e articulação de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012). A ação dessa vigilância é de suma importância para que haja modificações nos ambientes de trabalho e especialmente conscientização dos trabalhadores e empregadores quanto aos riscos que se apresentam nos locais de labor.



Diante dos elevados números de acidentes e adoecimentos do trabalhador, os serviços públicos de saúde e as entidades sindicais buscam soluções para os problemas de saúde relacionados ao trabalho. O trabalhador da área da saúde está incluído nessa constatação. Os profissionais dessa área são acometidos tanto de problemas de saúde de ordem física como também mental, sendo a principal o estresse. O estresse não deve ser confundido com as pressões no ambiente de trabalho. As pressões são externas ao indivíduo, já o estresse é a sobrecarga emocional interna.

Conforme Amaral (2013), o estresse pode trazer consequências pessoais ou organizacionais. O estresse pessoal gera afastamento do trabalho, intervenção hospitalar, desequilíbrio familiar, desemprego e constrangimento social. Já o estresse organizacional pode ocasionar perda de novas oportunidades, queda de produtividade, absenteísmo e prejuízos financeiros. O estresse ocupacional pode ser definido como as situações de ameaças percebidas pelo trabalhador em seu ambiente de trabalho, ameaças essas que poderão interferir nas suas necessidades de realização tanto pessoal quanto profissional, ou mesmo vir em prejuízo de sua saúde física ou mental, advindo consequências de desordem deste com o seu trabalho, e também com o seu ambiente de trabalho.

Os problemas de saúde física são fundamentalmente explicados pela exaustão emocional (o que comprova a importância da análise conjunta dessas duas dimensões), o excesso de trabalho, o descontentamento com a remuneração e a tendência para uma maior despersonalização. O estudo do estresse ocupacional em profissionais de saúde tem suscitado a atenção dos investigadores que procuram compreender esse problema em termos das manifestações e consequências no funcionamento dos trabalhadores da área da saúde, bem como no tipo de serviços que prestam aos outros (GOMES et al., 2009, p. 315).

O estresse pode ser entendido como um estado entre saúde e doença, durante o qual existe uma luta do corpo contra o agente causador da doença. Se o corpo ganha a batalha, o resultado é a restauração de um estado de boa saúde. Caso perca, o trabalhador fica doente, por um tempo, até que o corpo adoecido encontre outras formas de adaptação (MATA, 2013, p. 03). Estudos científicos comprovam que existe uma grande probabilidade dos profissionais da área da saúde sofrerem com o estresse ocupacional, eles também são alvos de outros agravos relacionados ao trabalho, como as questões das lombalgias, Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), entre outras tantas.

AS ATIVIDADES E FATORES DE RISCOS DO TRABALHO DO FISCAL SANITÁRIO

A história da Vigilância Sanitária brasileira é a história do país, é a história do medo da doença e da morte, um relato de tragédias e heroísmos, de conquistas, desafios e perdas, uma espécie de certificado de resistência às atrocidades do poder,



à ignorância dos governantes, ao descaso das autoridades sanitárias que no passado isolavam os doentes como método de cura (ANVISA, 2006, p. 193).

A Constituição Federal de 1988 define que, sem prejuízo dos “serviços assistenciais”, deve ser conferida prioridade às atividades preventivas (inciso II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo inclui as vigilâncias.

Na Lei n. 8.080 /90 encontram-se as definições de vigilância sanitária, epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).

A vigilância sanitária é uma das mais antigas práticas de Saúde Pública do mundo moderno e suas ações estão historicamente associadas ao processo de regulação, monitoramento e fiscalização de produtos e serviços, com a finalidade de prevenir e reduzir os riscos à saúde individual e coletiva. Não é à toa, portanto, que a face punitiva seja a mais visível e lembrada quando se fala em fiscal sanitário.

Segundo Costa (2009, p. 12), a vigilância sanitária integra a atenção à saúde:

Como um serviço de saúde, a vigilância sanitária (Visa) desenvolve um conjunto de ações estratégico no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública. Constitui um componente específico do sistema de serviços de saúde e integra a atenção à saúde que, por seu lado, representa um segmento estratégico para vários ramos do setor produtivo: empresas do complexo médico-industrial, de serviços, de saneantes, alimentos, entre outras. A Visa se situa, portanto, no âmbito da intervenção nas relações sociais produção-consumo e tem sua dinâmica vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico e a um conjunto de processos que perpassam o Estado, o mercado e a sociedade.

O fiscal sanitário, no desempenhar de suas funções, expõe-se a diversos fatores de riscos para sua saúde. Um dos fatores de risco diz respeito às questões de ergonomia. Em um ambiente de trabalho, a ergonomia vem colaborar positivamente para que se trabalhe e não se perca a qualidade de vida. A ergonomia visa adaptar o trabalho ao homem. O trabalho só existe por causa do trabalhador e não o contrário. A ergonomia tem como principal objetivo humanizar o trabalho em si, com todas as práticas pensadas de forma a se adequar ao trabalhador.



A ergonomia é um dos fatores estressores ocupacionais presentes no ambiente de trabalho dos fiscais sanitários. Ressalta-se a questão da individualidade, do risco personalizado, como alerta Cusatis Neto (2007), para a importância da vulnerabilidade do indivíduo aos vários eventos, condicionados por fatores genéticos, intrapsíquicos (traços de personalidade), educacionais, culturais, relativos à história de vida do sujeito, seus recursos de enfrentamento das situações e seu suporte social que condicionam, por sua vez, diferentes reações frente ao mesmo evento; ou seja, um acontecimento não é estressante universalmente, seu impacto está na dependência dos diversos fatores acima expostos.

Assim, cada trabalhador sente uma situação potencialmente estressante a partir de sua individualidade, no entanto, existe um senso comum de alguns fatores tidos como prejudiciais à grande maioria. Ademais, ao desempenhar suas funções de fiscalização nos estabelecimentos de saúde, o fiscal sanitário, dependendo da complexidade de suas ações de vigilância sanitária, do porte de seu município e das atividades atribuídas pode vir a ter contato com agentes causadores de riscos.

Outro fator de risco evidente na atividade dos fiscais sanitários é o fator estressor. Pela peculiaridade de suas atividades, o fiscal sanitário sofre constantes “pressões” em suas atividades de fiscalização. Essas pressões são sofridas de forma interna e externa, direta e indiretamente.

Segundo Daldon (2012), a equipe de fiscalização, muitas vezes, enfrenta resistências dos estabelecimentos de saúde, ou relacionados à saúde, para realizar as exigências de adequações necessárias. Tal resistência pode ocorrer tanto de forma truculenta como velada, exigindo dos fiscais diferentes abordagens para realizar seu trabalho.

Pode-se dizer que o fiscal, ao utilizar-se de sua autoridade sanitária, implica certa situação de enfrentamento, por vezes acirrado. Nesse momento o fiscal sanitário não pode contar com nenhuma intervenção de intermediação, sendo seu contato direto com os representantes dos estabelecimentos fiscalizados. Quando se faz necessário a emissão de auto de infração, com imposição de penalidade, causa um grande conflito e pode gerar reações agressivas por parte dos representantes dos estabelecimentos fiscalizados. “O retorno a esses locais é, para esses profissionais de saúde, fonte de insegurança, apreensão e receio frente a ameaças contra sua integridade física, psíquica e moral” (DALDON, 2012, p. 146).

A mesma autora chama atenção para o fato que essas ações, acima mencionadas, ocorrem fora do ambiente protegido de trabalho, colocando o trabalhador da vigilância sanitária no território do “outro”, ou seja, no espaço de seus possíveis ofensores. Frisa-se que o fiscal, por vezes, necessita retornar ao mesmo estabelecimento em diversas oportunidades, expondo cada vez mais a sua fonte de temor. Essas situações são fontes causadoras de extremo estresse para o trabalhador da vigilância sanitária.



Nesse cenário, necessário se faz resgatar o contexto da saúde do fiscal sanitário, a saúde de quem cuida, ou seja, a saúde desse trabalhador, que a tantos fatores de risco pode estar exposto.

METODOLOGIA

A presente pesquisa descritiva foi desenvolvida, utilizando-se uma abordagem quanti-qualitativa.

O instrumento investigativo desta pesquisa permite a busca de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos foram extraídos através de tabulação dos resultados obtidos no instrumento de pesquisa, os quais foram transformados em quadros e gráficos. Conforme Moresi (2003) a análise quantitativa simplifica o trabalho analítico, sendo usada tanto para medir opiniões como comportamentos. A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e fazer sua análise (MORESI, 2003).

Já o estudo qualitativo permite investigar um universo de valores, de crenças e de significados de um determinado grupo. É menos formal e necessita de análise e interpretação dos dados coletados pelo pesquisador, reduzindo-os ao significado da busca e a descrição dos resultados (MORESI, 2003). As falas registradas foram identificadas por letras do alfabeto a fim de manter o anonimato dos pesquisados.

O cenário do estudo foi a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada em Cachoeira do Sul, Região Central do Rio Grande do Sul, da qual fazem parte doze municípios. A coleta dos dados ocorreu no ano de 2016. O instrumento de pesquisa foi entregue aos fiscais sanitários durante reunião realizada em cada município, onde os mesmos desenvolvem suas atividades, através de envio por malotes ou através de e-mail, para os fiscais que não tiverem previsão de viagem para a Sede da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde no período da pesquisa.

A população alvo desta pesquisa, foram todos os fiscais sanitários da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS (em torno de 36), para que se alcance um índice de confiança de no mínimo 80% a 99,99% no resultado da pesquisa, excetuando-se os que se encontrarem de licença saúde ou férias no período.

Quanto ao instrumento de pesquisa, optou-se pela coleta de dados através de questionário pré-estruturado, com 29 questões objetivas, fechadas e três questões abertas, totalizando 32 questionamentos. Através desse instrumento buscou-se identificar o perfil dos fiscais sanitários da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS, identificando a saúde, as condições físicas e psíquicas desses profissionais.

O referido instrumento teve como base o questionário “Estresse ocupacional em trabalhadores da enfermagem em um hospital público de Porto Alegre/RS” (SILVA,



2010), e contempla mais algumas questões específicas relacionadas às atividades dos fiscais da vigilância sanitária.

Após a coleta dos dados, os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha eletrônica e organizados em gráficos para facilitar a compreensão dos resultados. Os dados qualitativos demonstram o perfil social e profissional do fiscal sanitário, e a qualidade de saúde mental.

Quanto ao aspecto ético da proposta de investigação, foi informado aos pesquisados sobre os objetivos da pesquisa e todos os procedimentos e a forma de apresentação dos resultados, preservando a identidade do fiscal sanitário pesquisado. Conservando o anonimato de todos não há possibilidade de identificar os sujeitos pesquisados pela instituição empregadora ou por outra e qualquer forma. A pesquisa somente foi iniciada após submeter à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob o protocolo 022891/2016, e após autorização da Coordenação da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS, bem como a autorização dos gestores municipais de saúde dos municípios pertencentes a esta região de saúde.

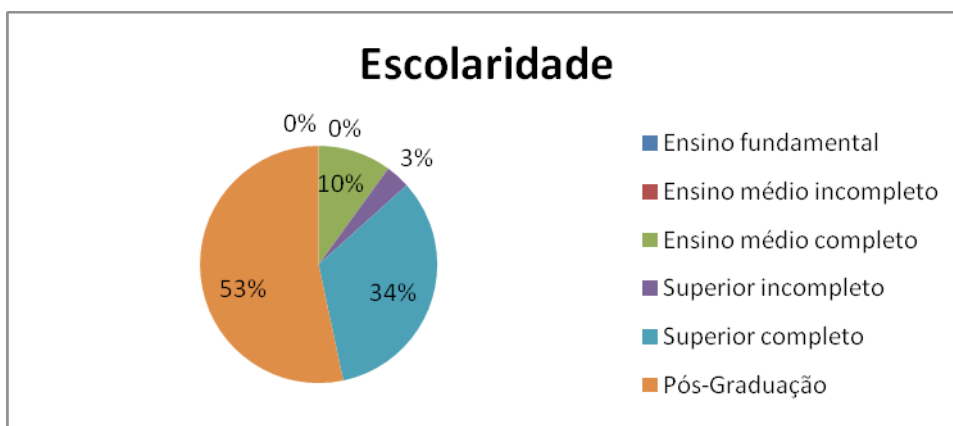
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fiscal sanitário possui o poder de polícia em suas ações de vigilância. Ao mesmo tempo em que esse poder de polícia dá autonomia de ação, também exige imensa responsabilidade que consiste em avaliar e assumir riscos. Atualmente, cada vez mais fiscais são responsabilizados por omissões ou por ações de vigilância sanitária em que se assumiu o risco por ter liberado determinado serviço ou produto de saúde ou de interesse à saúde para a população. Além do mais, ele é quase sempre mal visto pelos estabelecimentos vistoriados, pois suas ações fiscalizatórias quase sempre implicam em cobranças de adequações para o estabelecimento. A tensão da fiscalização é natural e inevitável, causando uma sobrecarga emocional imensa. As pressões são muitas, pois os interesses políticos e financeiros são gigantescos. Ademais, além da pressão psicológica, o fiscal sanitário expõe-se a diversos riscos (ergonômicos, físicos, químicos, biológicos), como será demonstrado a seguir.

A partir dos dados coletados através do instrumento de pesquisa, pode-se conhecer o perfil dos fiscais sanitários da região, sendo predominantemente (63%) do sexo feminino. Analisando a faixa etária, a maioria possui idade entre 46 a 55 anos com 40%, seguido da faixa etária de 36 a 45 anos que obteve 27% das respostas. Quanto ao estado civil, 60% responderam que eram casados ou em regime de união estável. Já em relação à escolaridade, 53% possui pós graduação, 34% ensino superior incompleto e 10% ensino médio completo, como segue:



Gráfico 1 - Escolaridade dos participantes da pesquisa

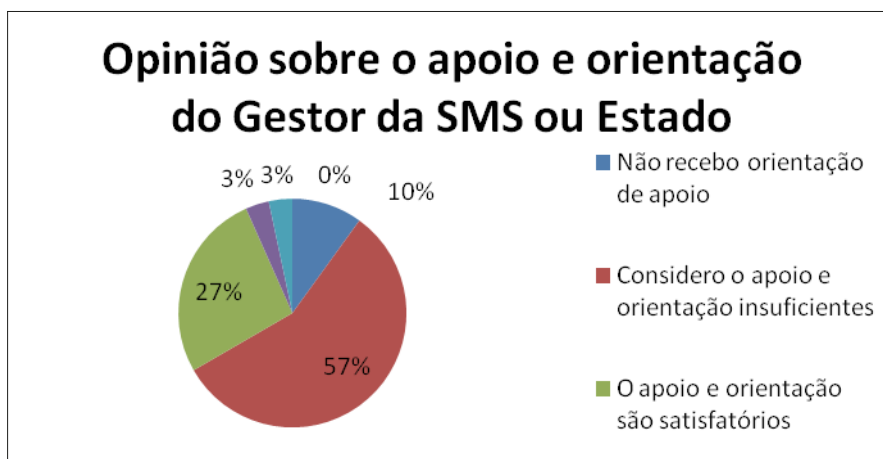


Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O tempo de trabalho na função de fiscal sanitário é variável, predominando entre 01 a 05 anos de trabalho como fiscal (30%), seguidos dos demais (23%) que possuem entre 11 a 15 anos e (23%) estão há mais de 16 anos nas ações de fiscalização.

Quanto ao apoio e orientação recebidas para o desempenho de suas funções, responderam:

Gráfico 2 – Apoio e orientação da gestão municipal ou estadual



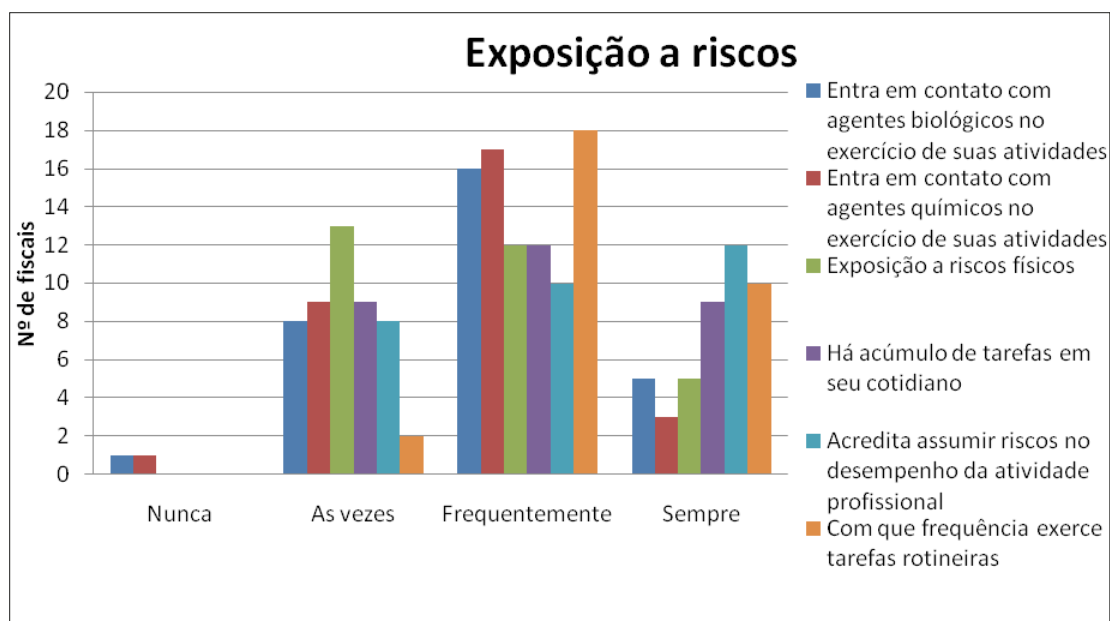
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Consideraram que recebem apoio e orientações insuficientes por parte da gestão (57% dos entrevistados), seguindo da opinião de uma parcela de 27% que responderam não receber apoio satisfatório.

O instrumento de pesquisa serviu para visualizar os riscos que os fiscais sanitários estão expostos durante a execução de seu trabalho habitual. Entre esses riscos, estão os seguintes:



Gráfico 3 – Riscos para a saúde dos trabalhadores pesquisados



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme demonstrado na figura acima, os agentes biológicos e químicos, bem como os riscos físicos, são riscos inerentes as ações dos fiscais sanitários da região, comprovados pelas respostas obtidas, pois apenas um fiscal respondeu que nunca se expõe a riscos biológicos e químicos.

Quanto ao acúmulo de tarefas todos os fiscais responderam que frequentemente ou sempre estão acumulando tarefas, o que coloca sua saúde física e mental em risco. Todos também estão conscientes que assumem riscos no desempenho de suas atividades. Igualmente asseveram que tarefas rotineiras estão presentes no seu trabalho, pois além das ações de fiscalizações os mesmos necessitam elaborar relatórios minuciosos sobre a vistoria realizada, além de outras atividades burocráticas. Inerente às suas funções de fiscalização nos estabelecimentos de saúde ou de interesse à saúde, o fiscal sanitário poderá ficar exposto aos contatos com agentes causadores de riscos.

Outro fator de risco encontrado diz respeito a questões ergonômicas. A ergonomia é um dos fatores estressores ocupacionais presentes no ambiente de trabalho dos fiscais sanitários. Ressalta-se a questão da individualidade, do risco personalizado, como alerta Cusatis Neto (2007), para a importância da vulnerabilidade do indivíduo aos vários eventos, condicionados por fatores genéticos, intrapsíquicos (traços de personalidade), educacionais, culturais, relativos à história de vida do sujeito, seus recursos de enfrentamento das situações e seu suporte social que condicionam, por sua vez, diferentes reações frente ao mesmo evento; ou seja, um acontecimento não é estressante universalmente, seu impacto está na dependência dos diversos fatores acima expostos.

Em relação às questões ergonômicas, os riscos evidenciados foram o trabalho



repetitivo, a inadequação do mobiliário ao ambiente e ao tipo físico do trabalhador, conforme a resposta de 64% dos fiscais sanitários.

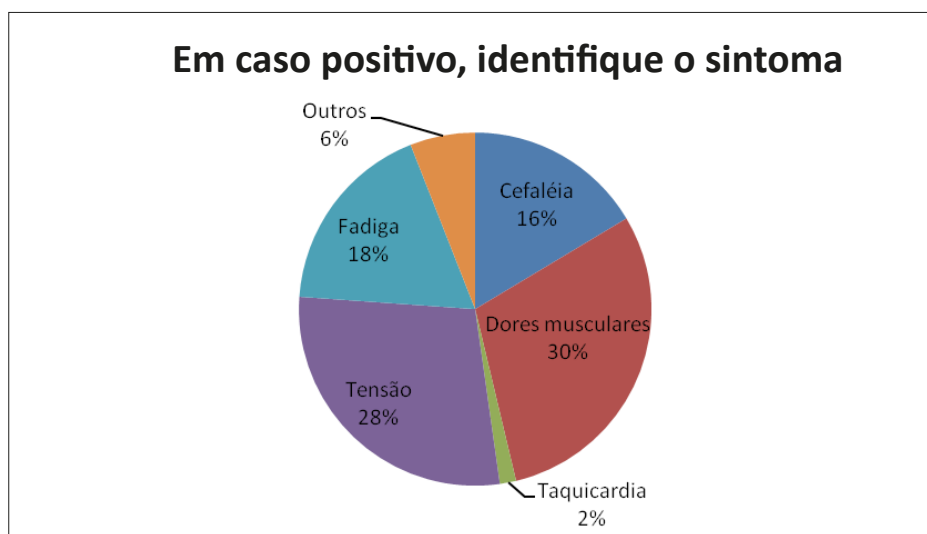
Outro questionamento foi quanto ao fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual.

Conforme as respostas, desses trabalhadores 83% não possuem Equipamentos de Proteção Individual para executar suas ações de fiscalização. Sabe-se que os equipamentos de proteção individual são essenciais para a proteção da saúde desses trabalhadores, sendo obrigatórios no desempenhar das atividades relacionadas à saúde, conforme determina a Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), que estabelece “ as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral”.

Também foi respondido sobre presença de dor ou outro sintoma relacionado à sua saúde, onde 87% dos entrevistados mencionaram sentir dores.

Em relação aos tipos de sintomas mencionados na questão anterior, responderam:

Gráfico 4 – Sintomas apresentados pelos entrevistados



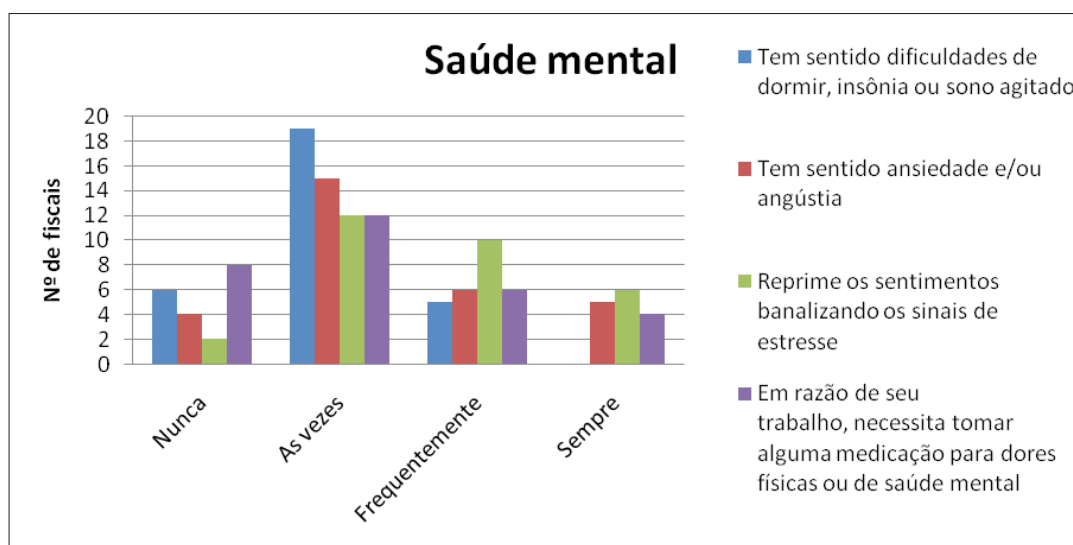
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dentre os sintomas relacionados prevalecem as dores musculares (30%), seguido dos sintomas de tensão (28%), demonstrando comprometimento da saúde física e mental.

Nas respostas envolvendo saúde mental, os fiscais sanitários demonstraram o que segue:



Gráfico 5 – Saúde mental



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

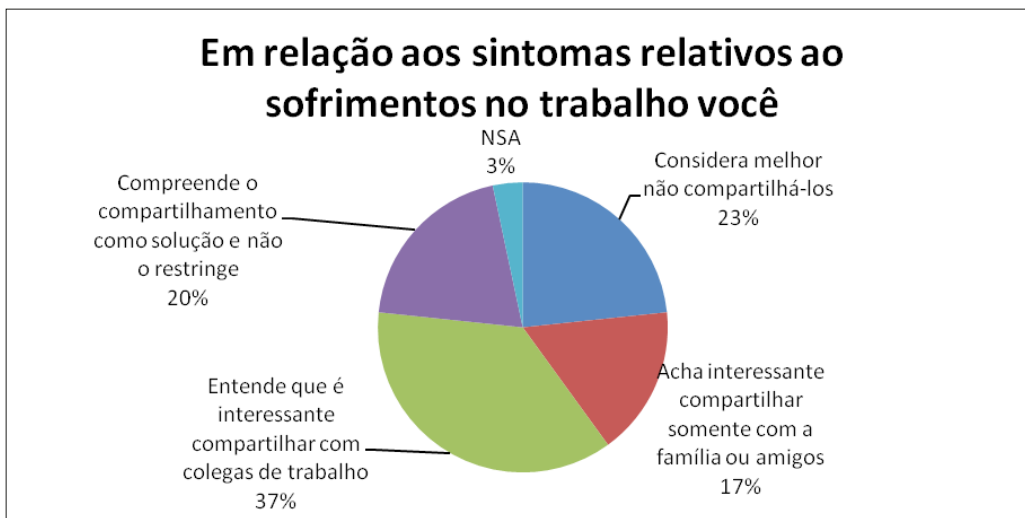
Pode-se verificar pelo gráfico acima que a maioria relatou sentir dificuldades para dormir, insônia ou sono agitado. Um grande número também relatou sentir ansiedade ou angústia, seguido de um elevado número relatando que reprime esses sentimentos e banalizam os sinais de estresse. Outra constatação importante foi a necessidade de ingestão de medicação para dores físicas ou relacionadas à saúde mental, quando a maioria dos fiscais sanitários responderam fazer uso de medicamentos frequentemente e alguns relataram que sempre necessitam de medicação.

Quanto ao ritmo de trabalho, a maioria respondeu que possui ritmo excessivo (57% dos entrevistados). Quanto às atividades de lazer, 50% dos entrevistados informaram que às vezes realizam, sendo as atividades familiares as que mais preponderaram nas respostas.

Em relação ao compartilhamento de sintomas relativos ao sofrimento no trabalho, responderam:



Gráfico 6 – Compartilhar os sintomas relacionados ao sofrimento no trabalho

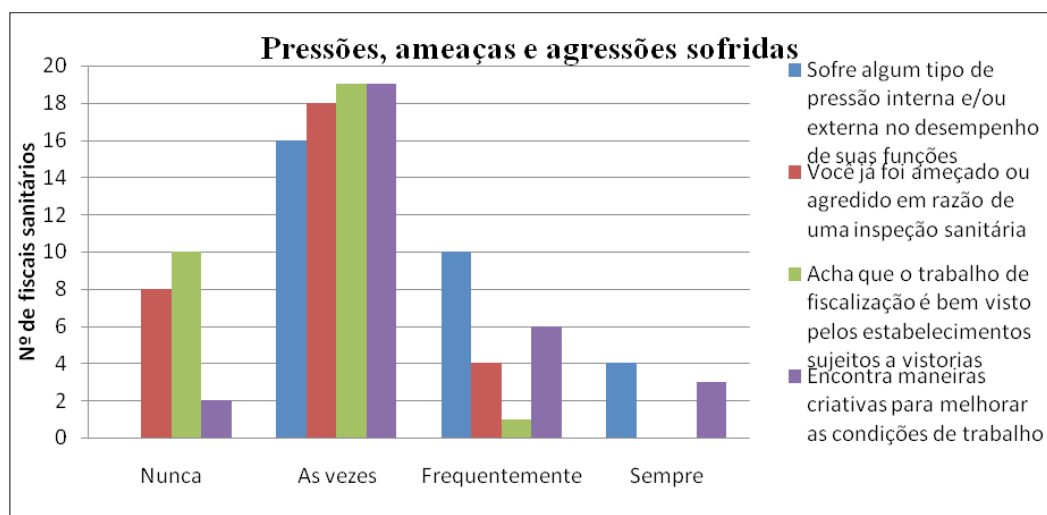


Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Assim, 37% dos fiscais compartilham seus sentimentos de sofrimento no trabalho com os colegas, por vivenciarem situações semelhantes; outros, 23% se calam dizendo ser melhor não compartilhar esse mal-estar com ninguém.

Foi questionado se no desempenho de suas funções o fiscal sanitário sofre algum tipo de pressão, ameaças ou agressões físicas e verbais, e as respostas foram as seguintes:

Gráfico 7 – Pressões, ameaças e agressões sofridas pelos fiscais sanitários



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Pela demonstração do gráfico acima, pode-se verificar que a maioria dos fiscais sanitários responderam que sofrem algum tipo de pressão interno e/ou externa no desempenho de suas ações. Registram que já foram ameaçados ou agredidos



durante inspeções sanitárias, asseverando que seu trabalho não é bem visto pelos estabelecimentos vistoriados. A maioria, as vezes, encontra maneiras criativas tentando melhorar as condições de trabalho.

Quanto ao questionamento sobre as pressões sofridas, ficou assim demonstrado:

Gráfico 8 – Tipos de pressão sofridas nas fiscalizações

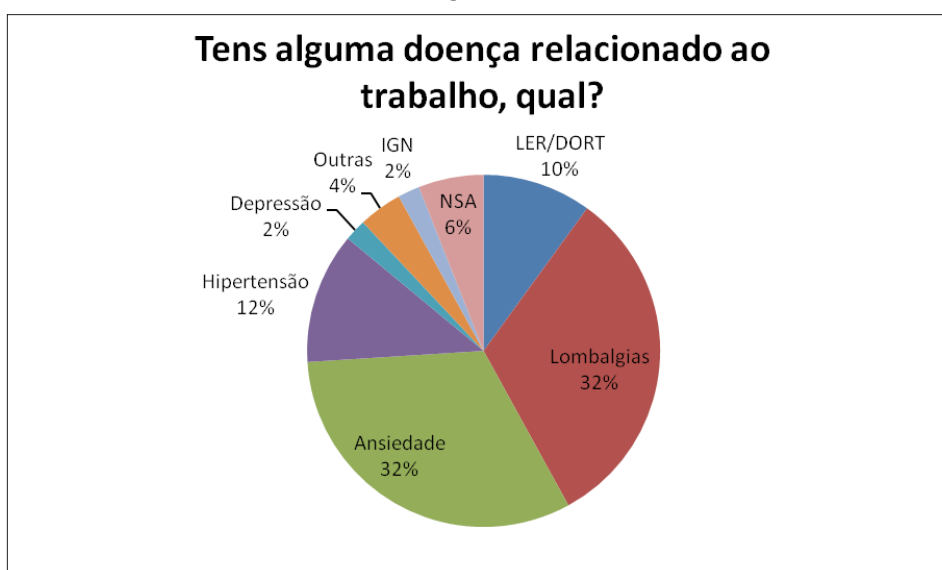


Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O gráfico acima demonstra que 33% sofre pressão política interna no local onde trabalha, sendo muito próximo o resultado de 31% que diz dizem sofrerem pressão por parte do estabelecimento vistoriado.

Procurou-se conhecer as doenças já diagnosticadas, relacionadas ao trabalho, que os fiscais sanitários possuem, ficando assim dispostas:

Gráfico 9 – Doenças já diagnosticadas



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Conforme gráfico acima, 32% dos fiscais tem diagnóstico de lombalgias, sendo o mesmo percentual com diagnósticos de ansiedade, seguidos por hipertensão (22%) e Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (20%).

Ademais, os entrevistados foram questionados quanto ao que há de pior em seu trabalho, tendo diversos relatos sobre as pressões sofridas (internas, externas e por parte do estabelecimento vistoriado), ressaltando-se as pressões políticas, a sobrecarga de trabalho, os riscos a que estão expostos e a falta de compreensão e valorização do seu trabalho. Entre estes relatos citamos os seguintes:

“Risco de vida nas atividades desenvolvidas e falta de reconhecimento do trabalho de fiscalização pela população”. (Entrevistado 1)

“Cobrar atendimento à legislação sanitária vigentes nos estabelecimentos de saúde privada em detrimento à desordem pública”. (Entrevistado 2)

“Sentimento de impotência na resolução de situações de vulnerabilidade das pessoas e dos ambientes vistoriados”. (Entrevistado 5)

“Falta de compreensão do fiscalizado. Perigo nas estradas e tempo de viagem de deslocamento em serviço não computado como horas trabalhadas”. (Entrevistado 7)

“Falta de condições adequadas de trabalho (EPI's, equipe maior, valorização do fiscal), estresse cotidiano com inúmeras pressões e riscos”. (Entrevistado 3)

Questionados sobre o que há de melhor em seu trabalho, responderam que se alegram por verem os resultados de seu trabalho, ou seja, após uma ação de fiscalização, voltar ao estabelecimento e ver as adequações solicitadas, eliminando ou diminuindo consideravelmente os riscos à saúde pública. A sensação de dever cumprido, saber que as ações são para o bem da população. Entre os depoimentos citamos:

“Me sinto lisonjeado e importante pessoalmente, pois sou responsável pela população de meu município, que desfruta de serviços seguros, alimentos em boas condições de consumo, em virtude do meu trabalho”. (Entrevistado 4)

“Realização pessoal quando o serviço é bem realizado e o resultado é o bem da Saúde Pública”. (Entrevistado 6)

“Fico feliz pelo conhecimento adquirido e a verificação da melhora visível dos estabelecimentos”. (Entrevistado 8)

“Poder contribuir para a redução de riscos e danos à saúde das pessoas e do ambiente”. (Entrevistado 9)

No que diz respeito às sugestões de melhoria para o ambiente de trabalho, os



fiscais citaram infraestrutura adequada, fornecimento de equipamentos de proteção individual, investimento em recursos humanos, capacitações, dinâmicas em grupo visando redução do estresse, apoio e reconhecimento do trabalho, como segue algumas das respostas:

“União interna, orientação jurídica, apoio e reconhecimento do trabalho. Estrutura”. (Entrevistado 10)

“A vigilância se tornar um órgão mais valorizado; ter carro próprio e profissionais suficientes para fiscalizar. Valorização financeira do fiscal”. (Entrevistado 11)

“Diálogo e humanização com os profissionais da vigilância sanitária, por parte dos Gestores”. (Entrevistado 12)

“Que os Gestores saibam a verdadeira finalidade de nosso trabalho, usando-o dentro da sua finalidade e não somente para ‘apagar incêndios’”. (Entrevistado 13)

Após os resultados do estudo, a pesquisadora tem a intenção de realizar discussões conjuntas com os fiscais e os gestores e propor possíveis mudanças no processo de trabalho desses profissionais, visando minimizar os adoecimentos constatados e prevenir os demais.

Segundo Dejours (1998), quando a qualidade do trabalho é reconhecida, as angústias, o desânimo, os esforços e o sofrimento adquirem sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se verifica pela análise dos resultados encontrados, os fiscais sanitários da região encontram-se adoecidos, física e mentalmente. O perfil mostra que em sua maioria são mulheres, predominantemente entre 46 a 55 anos e com nível escolar de pós graduação.

Quando questionados sobre o apoio recebido pela gestão, responderam majoritariamente que este apoio é insuficiente, demonstrando que se sentem solitários na execução de suas ações.

Os riscos diversificados figuraram nas respostas dos fiscais sanitários, tais como exposições frequentes e constantes a agentes biológicos e químicos bem como a riscos físicos, sendo estes riscos inerentes às ações dos fiscais sanitários da região. Apenas um fiscal respondeu que nunca se expõe a riscos biológicos e químicos, os demais referiram estar expostos a vários riscos ocupacionais. Quanto ao acúmulo de tarefas, também não foi diferente, pois todos os fiscais responderam que frequentemente estão acumulando tarefas, o que coloca sua saúde física e mental em risco. Os riscos ergonômicos das tarefas rotineiras também foram registrados como presentes



no trabalho dos fiscais, pois além das ações de fiscalização necessitam elaborar relatórios minuciosos sobre a vistoria realizada e outras atividades burocráticas.

As questões ergonômicas prosseguiram bem evidenciadas, desde o trabalho repetitivo até a inadequação do mobiliário no ambiente, os móveis não são adequados ao tipo físico dos trabalhadores, conforme a resposta de 64% dos fiscais sanitários, o que pode estar relacionado às Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Quase a totalidade (83%) responderam não receber Equipamentos de Proteção Individual para executarem suas funções, o que os coloca em contato direto com os riscos acima abordados, especialmente os riscos físicos, químicos e biológicos. A maioria já se sente adoecido, pois (87%) responderam que sentem algum tipo de dor ou outro sintoma relacionado a sua saúde, como dores musculares, tensão, fadiga, cefaleia, entre outros.

Mas além dos riscos físicos, os fatores estressores foram os que mais chamaram atenção no resultado desta pesquisa, pois a maioria mencionou sentir dificuldades para dormir, insônia ou sono agitado, ansiedade ou angústia. A prática comum de reprimir sentimentos e banalizar os sinais de estresse estão bem presentes, pois muitos necessitam ingerir medicação para dores físicas e/ou psíquicas, de forma frequente ou contínua.

Esse adoecimento é justificado pelo tipo de atividade laborativa que o fiscal sanitário desempenha, pois, como já mencionado, sua função é exercida muitas vezes em ambiente hostil, sem segurança pessoal e profissional. Ressaltando-se que a maioria dos fiscais já sofreu algum tipo de ameaça ou agressão (física ou verbal) durante uma ação de fiscalização.

Diante desse cenário, constatou-se que a maioria dos fiscais sanitários da região estudada já se encontram adoecidos e alguns diagnosticados com doenças como: lombalgias, ansiedade, hipertensão e Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho.

No entanto, a maioria entende a complexidade e a importância de seu trabalho, dizendo que o lado bom é a sensação de dever cumprido, saber que as ações são para o bem da população, de que tudo o que sofrem vale a pena quando percebem que a população está segura em relação aos serviços e produtos que utiliza. Nas respostas relacionadas ao que há de pior em seu trabalho, relataram sobre as pressões sofridas (internas, externas e por parte do estabelecimento vistoriado), ressaltando-se as pressões políticas, a sobrecarga de trabalho, os riscos a que estão expostos e a falta de compreensão e valorização do seu trabalho. No final da pesquisa registraram sugestões de melhoria para o ambiente de trabalho, enfatizando a necessidade de infraestrutura adequada, fornecimento de equipamentos de proteção individual, investimento em recursos humanos, capacitações, dinâmicas em grupo, visando redução do estresse, apoio e reconhecimento do trabalho.



Essa pesquisa não pretende esgotar o tema, tendo em vista sua amplitude e necessidade de novas abordagens. O que se pretende, neste momento através destas informações, é provocar reflexões conjuntas entre os fiscais sanitários e os gestores envolvidos, para que encontrem maneiras de modificar o ambiente de trabalho. Sabe-se que uma das formas de minimizar o sofrimento no trabalho é através do reconhecimento do sujeito no trabalho, assim, o sujeito pode transformar seu sofrimento em prazer.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A. et al. **Estresse ocupacional**: um estudo das relações de trabalho do Centro Municipal de Saúde de Lúna/ Es. XSEG e T. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Out 2013. 16 p.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memória da vigilância sanitária. **Rev. Saúde Pública**, 40 (1), 191-4, 2006. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BLAY, S. L.; MERLIN, M. S. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Org.) **Qualidade de Vida**. Barueri, SP: Manole; 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. **Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011**. (D.O.U. De 08/11/2011 – Seção 1 – p. 9 e 10) Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. LOCAL: EDITORA, DATA?

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do Trabalhador**. 5. Caderno. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria n. 3214 de 08 de junho de 1978 NR-5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29 ed. São Paulo: Atlas, 1995, 489 p.

_____. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora 32 - NR 32. SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.

_____. **Constituição (1988)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 29 nov. 2015.

COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária**: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

COUTO, Hudson de Araújo. **Método tor-tom**: manual de avaliação ergonômica e organização do trabalho. Belo Horizonte: Ergo, 2006. 146 p.



CUSATIS NETO, R. **Construção e Validação da Escala de Estressores Ocupacionais das Linhas de Produção**. Tese (Pós Graduação). PUC- Campinas, 2007.

DALDON, Maria Teresa Bruni. **Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do trabalhador**. Dissertação (Programa de Ciências da Reabilitação - Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012, 215f.

DIAS, Renata Cristina Sobral. **Percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Letras de Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2010. 181 p.

DEJOURS, C. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Subjetividade, trabalho e ação (Trad. Heliete Karam; Julia Abrahão) **Revista Produção**, São Paulo. v. 14, n. 3, p. 027-034, set./dez. 2004.

GOMES, R.; CRUZ, J.; CABANELAS, S. Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: um Estudo com Enfermeiros Portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. v. 25, n. 3, p. 307-318, jul./set. 2009.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

MATA, G. M. F. et al. A influência de fatores ergonômicos do trabalho sobre o tipo de estresse de profissionais de uma lavanderia hospitalar de Viçosa – MG. **VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho**. 18 jul. 2013. 13 p.

MORESI, E. (Org.). Metodologia da Pesquisa. UCB – Universidade Católica de Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2015.

SILVA, C.R.G. da. Estresse ocupacional em trabalhadores da enfermagem em um hospital público de Porto Alegre/RS [projeto de pesquisa]. Porto Alegre, 2010. [citado em: 03 jan. 2014]. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3159/2/Carmem%20Rejane%20Goncalves%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: dez 2015.

VILLAROUCO, V.; ANDRETO, L. F. M. **Avaliando desempenho de espaços de trabalho sob o enfoque da ergonomia do ambiente construído**. Prod., São Paulo, v. 18, n. 3, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2015.



SUBNOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO: PROPOSTA DE AÇÃO JUNTO A UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO TAQUARI / RS

Ana Maria Bianchini¹

Maria Luisa Macedo²

INTRODUÇÃO

Através de campanhas publicitárias, o Ministério do Trabalho tem mostrado nos meios de comunicação, em horários nobres, alguns exemplos de acidentes que podem ocorrer tanto no local de trabalho como no trajeto. Mostra, também, que trabalhadores e trabalhadoras estão sujeitos a esse tipo de agravo, dependendo das ocupações, em maior ou menor grau.

No dia a dia do Serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) do município, a pesquisadora tem observado um razoável número de pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) com sintomatologias que podem estar relacionadas com as atividades laborais exercidas pelas mesmas. O que sustentou esta pesquisa foi a observação do reduzido número de notificações de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho no município de Lajeado, no Rio Grande do Sul. Conforme dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (OIT, 2015), ocorreram 137.541 notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no ano de 2014 no Brasil e 4.809 no Rio Grande do Sul. Apenas 38 casos foram notificados pelo município de Lajeado. Dados do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul (SIST/RS), obtidos através do SAN (Sistema de Análise de Negócios), dentre os 44.223 casos suspeitos de doenças e agravos notificados em 2014, 750 foram digitados pelo serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) de Lajeado, sendo 23 residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família C (ESF C), porém somente 04 foram notificados pela mesma (RIO GRANDE DO SUL, 2014b). Supõe-se que trabalhadores com agravos e doenças relacionados ao trabalho sejam atendidos pelos profissionais de saúde sem que esses atentem para as especificidades da relação com o trabalho, o que poderá interferir na qualidade de vida dos usuários.

As ações preventivas que vêm sendo desenvolvidas pela Vigilância em Saúde

1 Enfermeira /Prefeitura Municipal de Lajeado.

2 Psicóloga/Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



do Trabalhador no município são de caráter educativo, de sensibilização das equipes de saúde sobre a importância de se ter o olhar voltado para as condições de trabalho do usuário, quando este procurar o atendimento, como também, a orientação para os trabalhadores no sentido de que alguns processos de trabalho podem, sim, ter relação com os sinais e sintomas apresentados.

Por entender que não é possível traçar metas e ações eficazes na prevenção de agravos e doenças, promovendo saúde, quando não há dados relevantes que nos permitam conhecer a realidade, e considerando o reduzido número de notificações, questiona-se: analisando os prontuários das pessoas na faixa etária economicamente ativa atendida na ESF C em determinado período, seriam encontrados casos passíveis de suspeita da relação do adoecimento/agravo com o trabalho dessas pessoas? Diante da informação obtida, seria possível promover momentos de reflexão sobre a atividade de notificação compulsória com a equipe da ESF?

Este artigo apresenta resultados parciais de estudo que tem como tema as subnotificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como uma proposta de ação de Educação Permanente em Saúde junto à equipe de uma Estratégia Saúde da Família no município de Lajeado/RS.

A pesquisa teve como objetivo geral identificar se dentre as pessoas de 18 à 69 anos que foram atendidas na ESF C na semana epidemiológica de número 47 de 2015 houve a suspeita da relação do adoecimento com o trabalho ou não, bem como promover ações de educação permanente com a equipe, focando nas atividades de notificação em Saúde do Trabalhador.

Com esse estudo, espera-se contribuir para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na ESF C, através das ações em saúde promovendo uma assistência de qualidade aos usuários, bem como, despertar na equipe um novo pensamento no que tange à compreensão da relação saúde-trabalho e aos cuidados em saúde de todos os trabalhadores. Além disso, essa pesquisa servirá como um projeto piloto, possível de ser aplicado nas demais Unidades de Saúde, traçando assim o perfil epidemiológico dos trabalhadores, e oferecendo informações importantes para a tomada das decisões em relação às ações necessárias de promoção e prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho, qualificando o olhar da assistência com vistas para as questões da saúde dos trabalhadores.

SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil, nos últimos 15 anos, diversas iniciativas em forma de ações de Estado em conjunto com a sociedade vêm consolidando as Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. A Saúde do Trabalhador (ST) é caracterizada pela Lei 8080/1990 como



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

Para se pensar em estratégias de saúde para essa população, faz-se necessário entender o conceito de trabalhador a que se refere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no art. 3º:

[...] todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012).

Na retaguarda, como apoiadores para a efetivação das ações em saúde para os trabalhadores encontramos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um braço da RENAST que desempenha as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. É um serviço especializado e não a porta de entrada para o primeiro atendimento ao trabalhador, para isso deve, necessariamente, estar articulado com os demais serviços da rede do SUS, no sentido de orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção, de forma integral e hierarquizada (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No Rio Grande do Sul (RS), a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador constitui-se de 13 CEREST, 03 UREST, 02 UMREST – unidades regionais e municipais de referência em saúde do trabalhador respectivamente, 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e a Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVST) do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), pertencente à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Esses serviços têm cobertura de 100% da população gaúcha. Ainda fazendo parte da rede, cada município deve ter serviços municipais de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), em geral vinculados ou pertencentes à Vigilância em Saúde Municipal. A Coordenação Estadual da rede faz-se através da DVST/CEVS. O CEREST Vales cobre a macrorregião a que pertence o município de Lajeado (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Dentre as ações que se ampliam a cada ano, tem-se a Epidemiologia em Saúde do Trabalhador, que busca conhecer o perfil de morbimortalidade relacionada ao trabalho, identificando dados essenciais para a intervenção na realidade, com o



objetivo de melhorar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, individual e coletivamente. Assim, atualmente, no RS, utilizam-se o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estes Sistemas são de fundamental importância na coleta dos dados, visualizando a situação de saúde dos trabalhadores. Torna-se possível coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença, ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão para fins de adoção de medidas de intervenção nos processos e ambientes de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2016). É necessário sensibilizar os profissionais para que percebam que a notificação é instrumento relevante para auxiliar no planejamento da saúde, definir prioridades e avaliar o impacto das intervenções.

Quando as pessoas adoecem, suas vidas mudam drasticamente, elas experimentam uma grande variedade de questões, incluindo: as manifestações do processo de doença (p. ex., sintomas, mudanças funcionais e psicológicas) e o desafio de como se ajustarem e continuarem vivendo nessa nova circunstância. Uma doença geralmente leva a mudanças nos relacionamentos e nos papéis familiares e sociais. Pode resultar em perdas de oportunidades, de renda e de segurança financeira (CARVALHO; PARSONS, 2012). Pode interferir ainda nas experiências pessoais de valores, sentido e qualidade de vida. Pode ainda causar sofrimento e levar as pessoas a se questionarem sobre o que o futuro lhes reserva na vida.

Definida como prioridade da assistência, a Atenção Primária de Saúde (APS) é considerada porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo entendida por: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Em 2013, o Serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador de Lajeado, fazendo o seu papel de suporte nas notificações dos agravos e doenças de notificação compulsória, mobilizou todas as equipes de saúde, incluindo a ESF C, para que houvesse um entendimento mais claro sobre as Diretrizes da PNSTT. Na ocasião, a sensibilização aconteceu dentro das Unidades de Saúde, entretanto, o resultado esperado não foi atingido, como podemos observar os números de registros, já citados anteriormente, das notificações dos agravos e doenças relacionadas ao



trabalho, extraídos dos sistemas de informação em Saúde do Trabalhador (SIST e SINAN). Cabe lembrar que não foram encontrados registros de notificação na ESF C, no período estudado.

Ao pensar na perspectiva de mudança do modelo de atenção, a ESF tem um papel relevante para a incorporação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pois é porta de entrada do trabalhador na Rede de Atenção quando este necessita de algum cuidado.

A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente para dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Como uma proposta de suprimir esse desconforto surge a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) na APS. É uma forma de aprendizagem em serviço, que leva em conta a participação ativa do profissional de saúde, deve ser significativa para ele, que ele possa produzir mudanças em seu processo de trabalho, atendendo às necessidades dos usuários, levando em conta sua própria potencialidade de trabalho em saúde, sendo cogestor dos processos (CECCIM, 2005).

Instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Tem como base uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde, para a organização das ações e dos serviços de saúde, com os processos formativos e com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

No ano de 2014 foram encontrados somente quatro casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados pela equipe da ESF C, como citado anteriormente. Essa unidade é campo de prática dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, ampliando as possibilidades de disseminação do conhecimento. Acrescente-se a essas razões o interesse da pesquisadora em desenvolver a pesquisa no local pois, em sua experiência profissional anterior, ali atuou como profissional da saúde pelo período de nove anos e, principalmente, deve-se à aceitação demonstrada pela equipe quando convidada a participar do processo de pesquisa.

METODOLOGIA

Apresentam-se resultados parciais de pesquisa-ação em desenvolvimento na ESF C. A primeira fase da pesquisa tratou de estudo retrospectivo descritivo na área da Saúde do Trabalhador, e da apresentação dos resultados dessa análise em um momento coletivo de reflexão junto à equipe. Para a viabilização da pesquisa, os primeiros contatos foram realizados com a enfermeira responsável pela unidade, com



os participantes do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Lajeado (NUMESC). Após a concordância do Núcleo, buscou-se apoio com toda a equipe que atua na ESF C, em reunião de equipe. Diante da aceitação e da viabilidade do estudo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC e pode ser visualizado através do Parecer Consubstanciado nº 1.514.603. Cabe ressaltar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado para o consentimento da equipe nas etapas de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Para acolher a demanda de usuários que buscam atendimento na ESF C, a unidade conta com profissionais qualificados: um Vigia, uma Enfermeira Especialista em Saúde da Família, três Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de Enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde, um Médico Estratégia Saúde da Família, dois Médicos Pediatras, um Nutricionista, um Odontólogo, um Auxiliar de Dentista, um Assistente Administrativo e duas Higienizadoras (LAJEADO, 2016). Baseada no perfil demográfico e socioeconômico da população local, a equipe da ESF C, que em média trabalha na unidade há cerca de 5 anos e possui duas formas de contrato (concursados e terceirizados), optou por desenvolver junto à comunidade, além das ações de saúde tradicionalmente atribuídas a uma ESF - programas preventivos, educativos e profissionalizantes, tais como: Projeto Vida, Inclusão Digital e Programa de Prevenção à Violência (PPV).

A população desse estudo é palco de trabalhadores que em sua maioria produzem suas atividades na área frigorífica, tendo também uma parcela importante que trabalha com lapidação de pedras preciosas, popularmente conhecidas como oficinas de fundo de quintal. Conforme o Relatório Cadastral da Prefeitura Municipal, atualmente encontram-se cadastrados na ESF C 3.151 usuários com idade entre 18 e 100 anos, destes, 1.576 são do sexo masculino e 1.575 feminino. Não foram encontrados no cadastro da ESF C dados com relação à ocupação desses usuários. Segundo informação dos profissionais da ESF C, a maioria dos trabalhadores realiza suas atividades nos dois maiores frigoríficos do município. Também são encontradas outras atividades, em destaque, as oficinas mecânicas e as pequenas fábricas de lapidação de pedras preciosas, conhecidas por fazerem uso de produtos considerados tóxicos nos seus processos de trabalho, entre eles, o benzeno.

Os resultados do estudo retrospectivo descritivo foram organizados a fim de serem apresentados à equipe, iniciando um processo de EPS, tendo como objetivo identificar se as queixas relatadas pelos pacientes poderiam ou não estar relacionadas com o trabalho e promover momento de escuta e reflexão com a equipe sobre o processo de trabalho de notificação compulsória em Saúde do Trabalhador.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2016 nos prontuários eletrônicos das consultas de pessoas entre 18 e 69 anos realizadas no período de 22 a 28 de novembro de 2015, compreendendo a Semana Epidemiológica de número



47/2015. No ano de 2015 foram realizadas cerca de 6.990 consultas nas áreas clínicas e de enfermagem na ESF C e, no mês escolhido, completavam-se dois meses de adoção do prontuário eletrônico no município, estando os trabalhadores habituados ao seu manuseio.

O primeiro momento de reflexão junto à equipe deu-se no auditório da unidade com a presença dos profissionais acima citados. Foi apresentado a eles o formulário do TCLE, podendo optar por participar ou não das oficinas em EPS que ocorrerão ao longo deste ano. Todos decidiram participar e iniciou-se o trabalho apresentando a análise de dados de forma expositiva, através de *slides*, para uma melhor compreensão dos resultados.

A amostra do estudo retrospectivo constituiu-se de 116 prontuários. As informações desses prontuários foram analisadas e serviram de base para o levantamento dos dados de interesse do estudo. Foram selecionados para análise os prontuários nos quais foi possível suspeitar da relação entre a ocupação e as queixas verbalizadas pelos usuários e os que continham diagnósticos realizados pelos profissionais através da Classificação Internacional das Doenças (CID). Foram excluídos da análise os prontuários com as informações necessárias para que a pesquisadora pudesse descartar a relação com o trabalho e os prontuários incompletos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observando o período de referência e considerando os prontuários analisados, não houve nenhuma notificação nos Sistemas de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST e SINAN) pela ESF C. Do total de 116 prontuários, 94 (81,04 %) foram excluídos, dentre estes, 87(92%) não tinham dados suficientemente preenchidos e em 7 (8%) não houve suspeita por parte da pesquisadora. Estes representaram doenças comuns à população em geral, aparentemente sem relação com o trabalho (DIAS, 2001).

Deste modo foram encontrados 22 prontuários com possível relação entre o trabalho e adoecimento, representando 18,96% da amostra (116 prontuários). A procura por atendimento ocorreu através de agendamento, e foi identificado que 80% dos 22 usuários pertenciam à faixa etária entre 36 e 69 anos, sendo que 40% dentre os 22 encontravam-se na faixa etária entre 46 e 55 anos.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BRASIL, 2006). A ausência de dados em diversos prontuários, que indicassem a ocupação ou as condições de trabalho dos usuários,

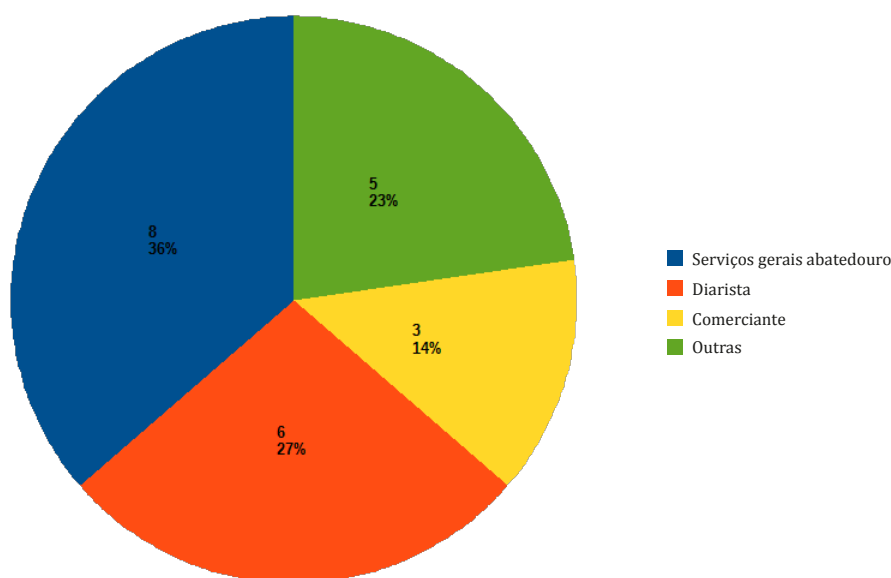


tornou inviável a relação das queixas com a vulnerabilidade dos grupos.

Diversos fatores podem estar relacionados com a insuficiência de dados observados nos prontuários eletrônicos. O que se percebe é o acúmulo das tarefas realizadas pela equipe, pois a prioridade é o atendimento em saúde e os registros acabam sempre ficando para um segundo plano, caindo, assim, no esquecimento.

A fim de reconhecer a relação entre saúde e trabalho, além de informações sobre sintomas, encontradas nos prontuários clínicos, é importante ter conhecimento da ocupação do trabalhador e dos fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho. A ocupação é indicativa ou explicativa de estilos de vida, comportamentos, posição e classe social e econômica, podendo explicitar diferenças nas condições de trabalho e de vida e inclusive indicar diferencial de morbimortalidade entre grupos (BAHIA, 2014). No gráfico 1 são descritas as ocupações encontradas nos 22 prontuários analisados.

Gráfico 1 – Ocupação de pessoas entre 18 e 69 anos atendidas na ESF C na 47ª Semana Epidemiológica – 2015



Fonte: Dados sobre ocupação encontrados nos prontuários.

Com relação às ocupações encontradas neste estudo, destacam-se serviços gerais de abatedouro, 08 (36%), seguida por diarista, 06 (27%) e comerciante, 03 (13%). As demais ocupações encontradas (05, equivalendo a 22%) foram costureira, técnico em secretariado, promotora de vendas, educador, aposentado. Sabendo da importância do grau de risco para as ações de prevenção de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, pode-se observar estas atividades segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) que pode variar entre 1 e 4 de acordo com a intensidade do risco: serviços gerais de abatedouro, diarista, comerciante e



promotora de vendas como sendo o grau de risco 3. Grau de risco 2 para educador.

O desconhecimento do grau de risco da empresa gera riscos ocupacionais aos trabalhadores visto que a maioria desses riscos seria evitável, estando associada aos ambientes em que o trabalhador fica exposto a ruídos, vibrações, gases, iluminação inadequada ou outras situações que podem colocar a saúde em risco (BRASIL, 2012).

Como sugere o Quadro 1, as queixas encontradas nos prontuários podem ter relação à ocupação atual dos atendidos, se considerarmos a literatura existente (DIAS, 2001), indicada pelo Ministério da Saúde, e o grau de risco das ocupações, para que se possa suspeitar, ou estabelecer o diagnóstico, da relação entre adoecimento e trabalho. No entanto, não houve a suspeita pelos profissionais da unidade.

Quadro 1 – Ocupações, sintomas e CID 10 descritos nos prontuários de pessoas entre 18 e 69 anos atendidas na ESF C na 47ª Semana Epidemiológica – 2015

Ocupação	Grau de risco	Queixas	CID descrito nos prontuários
Serviços gerais em abatedouro	3	Dor na nuca e na cabeça frequentes Tontura, náuseas e ansiedade Perda de apetite e crise de choro Dor e queimação ao urinar Dor no joelho e dormência nos membros inferiores	E669, F064, F320, M758, I10, Z369, Z235
Diaristas	3	Tontura, náuseas Transtorno de humor e sono Crise de choro Baixa autoestima Dor no joelho e dormência nos membros inferiores Dor articular não especificando o local Dor nos ombros	E669, F064, F320, M758, I10, Z760
Comerciante	3	Tontura e náuseas Queimadura não especificada	I10
Costureiras	3	Tontura, náuseas e ansiedade	I10
Técnico em Secretariado	2	Dor e queimação no estômago Crise de choro e ansiedade	F320
Promotora de Vendas	3	Lesões hiperemiadas e pruriginosas em ambas as mãos	L209
Educador	2	Tontura e náuseas	I10
Aposentado	Não foi possível classificar	Dor articular não especificando o local Dor nos ombros	F064, M758

Fonte: Dados descritos nos prontuários. Grau de Risco relativo à ocupação conforme CNAE.



Trabalhadores(as) nos serviços gerais em abatedouro apresentaram queixas como dor na nuca e na cabeça frequentemente, tonturas e náuseas, ansiedade, perda de apetite, crise de choro, dor e queimação ao urinar, dormência nos membros inferiores e dor no joelho. Dormência nos membros inferiores e dor no joelho, crises de choro, baixa autoestima são queixas relatadas pelas diaristas e dentre estas se registra o auxílio doença por contrações uterinas. As comerciantes apresentaram queimadura não especificada e tontura, este sintoma também foi relatado pelo educador, diarista e a costureira. A técnica em secretariado apresentou queimação e dor no estômago, a promotora de vendas apresentou lesões hiperemiadas e pruriginosas em ambas as mãos. Beneficiários do INSS (aposentados) verbalizaram dor articular não especificando o local e dor nos ombros, esta última, relatada também pelas diaristas seguidas por fadiga, transtorno de humor e sono, baixa autoestima. Observa-se que as ocupações com grau de risco 3 apresentam sintomatologia variada. Todos esses sintomas foram registrados e classificados pelos profissionais da ESF C de acordo com a CID10 (OMS, 2009). Pode se destacar o CID F 320 e F 064, nas ocupações de serviços gerais de abatedouro, diaristas, técnico em secretariado e aposentados, totalizando 6 (27%) da amostra, salienta-se também o CID I10, nas ocupações de serviços gerais de abatedouro, diaristas, comerciantes, costureiras e educador. Cabe ressaltar ainda o CID M 758 nas ocupações de serviços gerais de abatedouro, diaristas e aposentado.

Conforme o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (DIAS, 2001) pode-se investigar as relações saúde-doença-trabalho, levando em conta os âmbitos individual e coletivo, fazendo análise dos fatores ou condições de riscos presentes no trabalho e do dano ou doença que acometeu o trabalhador. No processo de suspeita, além do conhecimento técnico, é fundamental escutar o trabalhador.

A alta prevalência de hipertensos encontrada nesse estudo chama atenção, pois, hipertensão arterial pode ser relacionada ao trabalho quando há comprovação da exposição a fatores de risco de natureza ocupacional. Vários são os agentes de natureza química, física e psíquica, presentes nos ambientes de trabalho, capazes de provocar aumento da reatividade cardiovascular e a elevação da pressão arterial (Mendes, 2008). Entre eles se destacam: aumento da carga de trabalho; insatisfação, alienação, monotonia e frustração com o trabalho; desemprego e insegurança no emprego; trabalho em turnos; exposição ao ruído; exposição a substâncias tóxicas.

Nos trabalhadores apontados pelo estudo, não foi possível suspeitar desta relação através dos prontuários nos quais estavam descritos isoladamente o CID e a ocupação, pois seriam necessários dados que informassem sobre a sua relação. Para tanto, seria necessário que a equipe se perguntasse: o trabalho das costureiras, vendedores, diaristas e educadores que chegaram à ESF com hipertensão pode ser fator contributivo ou agravante da hipertensão?

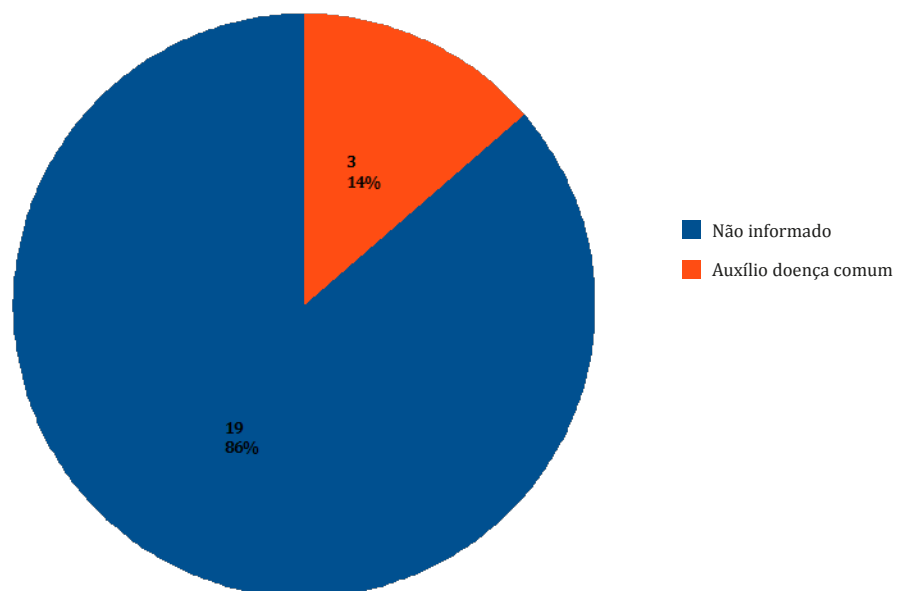
A notificação e análise dos agravos são fundamentais para que se tenha um



diagnóstico fidedigno da realidade e se possa planejar e executar de maneira eficiente as ações de vigilância em saúde do trabalhador e de assistência aqueles vitimados por acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

Para o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2007), através do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), existem duas classificações de benefícios previdenciários – B31 e B91 aplicados aos agravos relacionados ao trabalho: O B31 é classificado como um benefício previdenciário comum, ou seja, é um auxílio doença prestado ao trabalhador que se afasta da empresa por motivo de saúde não ligado à sua atividade laboral. Já o B91 é o benefício previdenciário acidentário, concedido ao trabalhador que sofra um acidente ou tenha sido acometido de uma doença considerada como ocupacional. A sua concessão não prevê qualquer período de carência, e, na sua volta ao emprego, o indivíduo terá garantida a sua permanência na empresa pelo período de 12 meses. Em ambas as situações, a concessão dos benefícios se aplica após o 15º dia de afastamento. Dentre os 22 trabalhadores, 3 encontravam-se em benefício previdenciário, que foi relatado no prontuário pelo profissional da equipe (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Tipo de benefício relatado no prontuário



Fonte: Dados sobre o tipo de benefício encontrado nos prontuários.

No que se refere aos encaminhamentos dados à situação dos trabalhadores e trabalhadoras que buscaram assistência na ESF C, em 19 (86%) dos prontuários não foi informada a conduta tomada pelo profissional que prestou a assistência e em 03 (13,6%) foi observado pela pesquisadora que estes se encontravam em auxílio doença comum. No entanto, o profissional de saúde não suspeitou da relação com o trabalho



e não notificou. Supõe-se que ao ser sensibilizado e melhor informado sobre a ST possa qualificar o atendimento aos trabalhadores, visando a orientações e prevenção em saúde. A qualificação das equipes de saúde no SUS no reconhecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho pode contribuir para uma atenção integral ao trabalhador, desde a perspectiva da articulação intersetorial das políticas públicas.

No projeto de pesquisa-ação, planejou-se desenvolver processo de Educação Permanente em Saúde, visando à análise e transformação de práticas. Dessa forma, concluída a primeira parte, os dados encontrados e sua análise foram apresentados à equipe em junho de 2016. Na ocasião houve a participação da equipe que atua na ESF. A pesquisadora apresentou os dados com explanação oral ilustrada por *slides*. Foi proporcionado um momento de reflexão sobre os dados apresentados. Destaca-se que a maioria dos presentes referiu não ter conhecimento na área da Saúde do Trabalhador e desconhece a PNSTT e a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como a obrigatoriedade das notificações. Os que referiram conhecê-las, afirmaram que a sobrecarga de trabalho impede uma anamnese detalhada do atendido e acabam por não suspeitar de que as queixas possam estar relacionadas ao trabalho. Sendo assim, os profissionais da ESF não utilizam os formulários de notificação de doenças e acidentes de trabalho, originando a subnotificação desses agravos na ESF C. Ao final da reunião foi apresentado o roteiro para o trabalho coletivo, inicialmente previsto em cinco encontros. Por sugestão da equipe ficou acordado que os próximos encontros serão trimestrais. Será mantida a metodologia participativa, a duração de uma hora e meia a cada encontro, sempre considerando a demanda dos membros da equipe para o encontro seguinte, exceto o momento de qualificação com o CEREST-Vales, que será o primeiro da série. Ao final dos cinco encontros, a proposta da pesquisadora é fazer o encerramento da pesquisa e possibilitar ao grupo pensar sobre novas possibilidades de ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a notificação, é possível aprofundar o conhecimento quanto aos motivos pelos quais os trabalhadores adoecem ou morrem, associando esses dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho, para que possam ser feitas intervenções sobre suas causas e determinantes. Essas intervenções são feitas a partir da elaboração de estratégias de atuação nas áreas de promoção e prevenção, controlando e enfrentando, de forma integrada, os problemas de saúde coletiva relacionados com o trabalho. Os acidentes e doenças relacionados ao trabalho resultam em custos sociais elevados para trabalhadores, família, empresa, sociedade e Estado. Tais eventos são, atualmente, sub registrados, e sua real magnitude não é bem conhecida.



O dever de notificar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho é do serviço de saúde. Contudo, o próprio trabalhador pode ajudar informando ao serviço de atendimento quando no ato de acidente de trabalho ou suspeita de doença relacionada ao trabalho, incentivando companheiros de trabalho a procurarem atendimento de saúde quando sofrerem acidente de trabalho ou quando forem acometidos no exercício de suas atividades, sejam elas formais ou informais. Com essa participação, o trabalhador estará exercendo cidadania e reivindicando seus direitos, além de contribuir e intervir para transformar a realidade de seu ambiente de trabalho e os fatores que interferem no processo de saúde.

Os dados do estudo retrospectivo indicam que não houve um olhar diferenciado em relação ao trabalho e seus possíveis sofrimentos. Apesar de reconhecidas as dificuldades e a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde, é provável que, mesmo suspeitando, a equipe não se sinta responsável por isso, nos levando a refletir até que ponto as questões de trabalho ainda são vistas como exclusivas dos setores da Previdência Social, do Trabalho e Emprego, dos Serviços de Vigilância em Saúde do Trabalhador, eximindo-se da parte que cabe a todos que representam o Sistema Único de Saúde na sua integralidade, no caso desse estudo, a ESF.

O momento de reflexão desenvolvido com a equipe reafirma a necessidade de discutir sobre o processo de trabalho que envolve as de notificações de doenças e agravos em Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, este estudo suscita o desenvolvimento de um projeto a ser desenvolvido nas demais unidades da Atenção Básica do município.

Assim, reforça-se a necessidade de se compreender que há mudanças a serem realizadas na área da ST, a começar por processos de educação permanente dos profissionais que atuam na Atenção Básica do município, sensibilizando-os para o acolhimento, diagnóstico, tratamento e outros encaminhamentos necessários aos trabalhadores com agravos à saúde relacionados ao trabalho. A partir de um novo olhar sobre a relação saúde e trabalho espera-se introduzir e ou a ampliar as práticas em Saúde do Trabalhador, ao mesmo tempo em que se qualifiquem multiplicadores dessas ações.

REFERÊNCIAS

AGNES, Clarice; HELFER, Inácio. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos** [recurso eletrônico]. 1. ed atual. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

BAHIA. **Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN – saúde do trabalhador**. Salvador: CESAT/Secretaria da Saúde do Estado/ Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, 2014.



BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/boletimsepidemiologicos-arquivos>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. Decreto nº 6.042 de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm>. Acesso em: 18 ago. 2016.

_____. Lei nº 8080, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=lei%208080%2F90%20pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Portaria n.º 3.214, de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Portaria nº 1.823, de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. Portaria nº 1.690, de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. Portaria nº 2.488, de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 dez. 2015.

_____. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm>. Acesso em: 18 ago. 2016.

CARVALHO, T. R.; PARSONS, A. H. **Manual de cuidados paliativos**. ANCP. 2. ed. rev. amp. e atual. Rio de Janeiro: Solo 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Rio de Janeiro: Ciência e saúde



Coletiva, 2005. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

CEREST. Desenvolvido por Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales. Santa Cruz do Sul: CEREST/Vales, 2014. Disponível em: <<http://www.cerestvales.com.br/www.cerestvales.com.br>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

DIAS, E.C. (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. (Cap. 2). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

LAJEADO. **Cadastro nacional de Estabelecimento de Saúde**. Relatório de Profissionais por Estabelecimento. Estratégia de Saúde da Família Conservas. Competência: 02/2016. Lajeado: Secretaria da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://sesa-sgms.lajeado.rs.gov.br:8088/sigss/login>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

MENDES, R. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, set. 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Bases de dados**. 2015. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/base-dado>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID 10**. 10 ed. rev. 2. reimp. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde Rio Grande do Sul. **Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador**. 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/180/Centro_Estadual_de_Vigil%C3%A2ncia_em_Sa%C3%BAde>. Acesso em: 29 jul. 2016.

_____. Portaria n. 1.363, de 2014. Institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2014a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1420652651_PORTARIA%201363-2014-%20POLITICA%20ESTADUAL%20ST.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2016.

_____. **PROCERGS**: Sistema de Análise de Negócios- SAN. 2014b. Disponível em: <http://san.procergs.rs.gov.br/apl/san/SAN-PVTABCON_Default.asp>. Acesso em: 27 fev. 2016.

_____. **SIST**: Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador. 2015. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1376576002_Sist%20trabalhador.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.



VIGILÂNCIA DOS PROCESSOS E AMBIENTES DE TRABALHO EM POSTOS DE COMBUSTÍVEIS NA REGIÃO DOS VALES: A EFETIVIDADE DESSA AÇÃO

Rosemari Santi¹

Hildegard Hedwig Pohl²

INTRODUÇÃO

A Política de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) fortaleceu-se pelo processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), definida na Portaria Nº 1.679/02. A Renast tem por finalidade integrar a rede de serviços do SUS, no âmbito da assistência e da vigilância, para a realização das ações de Saúde do Trabalhador. Essa estratégia está sendo executada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que são serviços de abrangência regional e atuam como suporte técnico realizando educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) como parte da Vigilância em Saúde tem um papel importante nas ações sobre os fatores de riscos e sobre as causas dos agravos à saúde dos trabalhadores (MOURA-CORREA et al., 2014). É através da intervenção da Visat que se conseguirá cessar “o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte”, que ocorre no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.823/12 a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) tem como característica o caráter transformador:

[...] constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de Visat deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. (PORTARIA GM/MS Nº 1.823/12).

Nesse contexto, segundo a Portaria 3.120/GM/1998 a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do

1 Fisioterapeuta Cerest/Vales.

2 Educadora Física/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho. Tendo como foco aspectos sociais, tecnológicos, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Visat tem seus princípios norteadores, que são: universalidade, integralidade das ações, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção, controle social e participação dos trabalhadores e intersetorialidade. E ainda, para embasar e melhorar o seu desenvolvimento, além de contar com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, a Portaria GM/MS Nº 3.120 de 1998, entre outras Portarias do Ministério da Saúde (MS) e o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde de 2001, poderá contar com várias fontes de consulta e instrumentos operacionais, como

as Normas Regulamentadoras da Portaria/MTb Nº 3.214/1978; as normas previdenciárias e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); os parâmetros internacionais definidos pela OMS e OIT, com destaque para as convenções já ratificadas pelo Brasil e as normatizações de agências estrangeira, como o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), a Occupational Safety and Health Administration (OSHA), a American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH), a International Agency for Research on Cancer (IARC), além das diretivas da Comunidade Econômica Europeia (CEE). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Embora exista uma base legal para as ações de Visat, observa-se que a mesma, como uma ação pública sistematizada, articulada e harmônica, não vem sendo desenvolvida por aqueles que vêm se esforçando para tal. São muitas as iniciativas, mas poucas as ações organizadas de Visat, sem falar que em muitos lugares do Brasil elas não existem (VASCONCELLOS et al., 2014).

As ações de Visat são fundamentais para a prevenção dos agravos advindos da relação saúde-trabalho e para a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). E devem priorizar o controle dos riscos na fonte e a proteção coletiva (Portaria GM/MS Nº 1.823/12). Portanto, a ideia é que a ação de vigilância seja de prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores, manifestados por sofrimentos, danos, doenças, lesões ou acidentes (VASCONCELLOS et al., 2014).

O presente estudo aborda a Vigilância em Postos de Combustíveis, sendo assim, não se pode deixar de falar no principal risco à saúde dos trabalhadores deste ramo produtivo, que é a exposição ao benzeno. Conforme Rocha (2012), os Postos de Combustíveis apresentam inúmeros riscos à saúde, mas destaca-se a exposição à gasolina, por ter em sua composição o benzeno, de caráter tóxico, leucemogênico e cancerígeno.



São prioridades para a Visat, por parte da Renast e instituídas por normas as exposições a produtos químicos, principalmente a exposição ao benzeno. São diversos os ambientes de trabalho e grupos ocupacionais submetidos a essa substância. Entre eles, estão os trabalhadores de postos de combustíveis. Estudos alertam para a importância da Visat nessa área, devido à concentração de benzeno no ar ser de 1ppm e por não existir normas, fiscalização e monitoramento (MOURA-CORREA et al., 2014). Mas há diferentes picos de concentração do benzeno conforme o local ou a tarefa a ser executada. As tarefas consideradas mais graves são o abastecimento dos veículos e a coleta das amostras de combustível em cima do caminhão tanque (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2009).

Os hidrocarbonetos aromáticos (benzeno, tolueno, etilbenzeno, isômeros do xileno) fazem parte de um grupo de substâncias constituintes da gasolina. Esses elementos são considerados como problema, pois são potentes depressores do sistema nervoso central e o benzeno é um carcinogênico em seres humanos (Silva et al., 2009). A toxicidade do benzeno pode ser aguda ou crônica. Irritabilidade das mucosas oculares e respiratórias e edema pulmonar (aspiração em alta concentração) são alguns dos efeitos agudos do benzeno. Também podem ocorrer alterações do estado de consciência (narcose), excitação seguida de sonolência, cefaleias, tonturas, náuseas, taquicardia, dificuldade respiratória, tremores, convulsões, perda da consciência e morte. Os efeitos crônicos estão relacionados a alterações sanguíneas devido à lesão dos tecidos da medula óssea, principalmente hipoplasia, displasia e aplasia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Segundo Barata-Silva et al. (2014, p. 332), as principais vias de entrada do benzeno no corpo humano “são as vias respiratórias (vapores) e oral (alimentação e água)”. A via cutânea é menos comum, mas ocorre quando há contato direto com a substância na forma líquida e possui alto índice de absorção.

Os resultados das ações de Vigilância nos Ambientes de Trabalho de Postos de Combustíveis realizadas pelo Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (Cerest/Vales) serão apresentados neste estudo. As ações de vigilância em Postos de Combustíveis deram-se nos municípios de abrangência do Cerest/Vales, no período de 2005 a 2015.

O Cerest/Vales tem como município-sede Santa Cruz do Sul/RS. É um serviço de saúde de abrangência regional, atua como retaguarda técnica de 68 municípios das Regiões dos Vales do Jacuí, Taquari e Rio Pardo. Possui uma equipe de Vigilância em Ambientes de Trabalho composta por três profissionais: uma Médica do Trabalho, um Técnico de Segurança do Trabalho e uma Fisioterapeuta. Porém, essa equipe não é exclusiva para a Visat, ela realiza também outras atividades no Ceres/Vales.

Os Cerest são serviços de saúde que têm por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado



de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Cerest/Vales, nos seus doze anos de existência, já realizou mais de 150 Vigilâncias dos Processos e Ambientes de Trabalho em empresas de diferentes ramos produtivos. Neste estudo, optou-se por analisar um ramo produtivo. A escolha pelas Visat em Postos de Combustíveis deu-se pela relevância dos riscos dessa atividade e porque o Cerest/Vales aderiu ao Projeto Nacional de Vigilância da Exposição ao Benzeno, em 2009, o que fez com que se efetuasse um número maior de Visat nesse ramo produtivo. Dentro desse contexto busca-se enfocar o seguinte problema: Quais são os resultados das ações de Vigilância nos Ambientes de Trabalho de Postos de Combustíveis realizadas pelo Cerest/Vales?

Ao final do trabalho espera-se esclarecer as seguintes hipóteses: as solicitações feitas pelo Cerest/Vales são atendidas e dentro do prazo estabelecido? O Cerest/Vales sempre realiza a Visat de Retorno para verificar as modificações solicitadas? As Visat são efetivas/atingem seus objetivos? A Visat encontra alguma dificuldade? O Cerest/Vales tem parceiros para a realização das Visat e quem são eles?

Diante dessas questões, o presente estudo tem como objetivo principal verificar a efetividade das ações de vigilância dos processos e ambientes de trabalho de Postos de Combustíveis nos dez anos de atividades do Cerest/Vales e analisar os resultados dessas ações.

METODOLOGIA

A pesquisa foi baseada em documentos de Vigilância em Ambientes de Trabalho (Visat), realizadas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (Cerest/Vales), sendo um estudo retrospectivo quantitativo. Foram analisados os Relatórios das Visat em Postos de Combustíveis realizadas na área de abrangência do Cerest/Vales, totalizando dezessete Visat em Postos de Combustíveis, em nove municípios, no período de 2009 a 2015, perfazendo 158 trabalhadores expostos aos riscos ocupacionais.

O início dessas Visat ocorreu a partir da adesão do Cerest/Vales ao Projeto Nacional de Vigilância da Exposição ao Benzeno, em 2009. Houve uma Visat piloto, em Santa Cruz do Sul, como parte do Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância em Saúde da Exposição a Solventes em Postos de Combustíveis – Região Sul. Após a conclusão do curso iniciou-se as ações propriamente ditas no município sede do Cerest/Vales, foram realizadas cinco Visat. Em 2011, o Cerest/Vales promoveu a primeira edição do Curso de Qualificação em Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e em 2012 foram realizadas três edições do Curso para os municípios de sua abrangência. Em todas as edições do Curso foram realizadas aulas práticas/vigilâncias em Postos de Combustíveis, a partir dos quais, oito municípios aderiram



à proposta de realizar Visat em seus Postos de Combustíveis, totalizando dezessete Postos de Combustíveis na região de abrangência do Cerest/Vales.

A partir dessas Visat, os Relatórios descrevem num primeiro momento: os dados de identificação da empresa, informações sobre o Cerest/Vales, os objetivos e atividades da vigilância em ambiente de trabalho, quais profissionais realizaram a Visat e quais documentos da empresa foram analisados. Num segundo momento foram enfocados dados sobre: a constituição ou não de Cipa, Sesmt e outros aspectos relacionados à Visat como data, horário, nome dos responsáveis pela empresa que acompanharam a Visat, locais inspecionados, entre outros. O terceiro momento do relatório especifica: os riscos à saúde do trabalhador como riscos físicos, riscos químicos, riscos biológicos, riscos ergonômicos, riscos psicossociais e riscos de acidentes; outros aspectos relacionados à saúde do trabalhador como relatos de trabalhadores, fluxo do ambulatório, forma de organização do trabalho, entre outros. Também, as medidas/adequações necessárias com seus respectivos prazos, quanto aos programas de Controle Médico e Prevenção de Riscos Ambientais; quanto à informação e treinamento dos trabalhadores; quanto aos Equipamentos de Proteção Coletiva; quanto aos Equipamentos de Proteção Individual; quanto às medidas de prevenção de acidentes de trabalho; quanto às medidas de proteção na utilização de substâncias químicas; quanto às medidas ergonômicas; quanto aos riscos psicossociais e organizacionais; e quanto à notificação de agravos relacionados ao trabalho. Finaliza o relatório, no quarto momento, com a citação dos dispositivos legais e nome, registro profissional e assinatura dos responsáveis pelo relatório de Visat.

Para a coleta dos dados nos Prontuários de Visat foi elaborado um Roteiro de Pesquisa, com questões fechadas e abertas. O Roteiro identifica informações sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), os riscos à saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho, as adequações sugeridas e o desfecho das Visat em Postos de Combustíveis.

Para as análises e a descrição dos resultados foram empregados os aplicativos do Excel®.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS DADOS

Os riscos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras encontrados pelas Visat, nas atividades realizadas nos Postos de Combustíveis, foram: riscos químicos, riscos físicos, riscos ergonômicos, riscos psicossociais e riscos de acidentes. A proposição do Cerest/Vales a partir das Visat é identificar e notificar os riscos ambientais e ocupacionais à saúde dos trabalhadores e sugerir medidas de melhorias/adequações conforme as normas de segurança no trabalho e de saúde do trabalhador.



Em atenção ao objetivo proposto, serão abordados os resultados que enfocam os principais riscos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras nos ambientes de trabalho dos postos de combustíveis, identificados pelas Visat. A partir desse levantamento, apresentar as principais adequações recomendadas para eliminar ou minimizar os riscos; verificar se as adequações solicitadas foram realizadas pelas empresas inspecionadas; relatar o desfecho das vigilâncias e dar algumas sugestões, caso seja necessário, para efetivar as ações de Visat.

Riscos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras

Os riscos químicos são os mais relevantes e estão presentes em 100% dos Postos de Combustíveis inspecionados. Moura-Corrêa et al. (2014, p. 4645) evidenciaram em seus estudos que os trabalhadores de postos de combustíveis mais expostos aos produtos químicos, como os hidrocarbonetos aromáticos, “são os frentistas, chefes de pista, encarregados de medição e descargas de combustíveis e os responsáveis pelos testes de combustíveis”.

No presente estudo verificou-se que as atividades executadas pelos trabalhadores citados por Moura-Corrêa et al. (2014) fazem parte da rotina de um posto de combustível e configuram ações de risco à saúde, pois não há proteção contra as fontes que produzem vapores, como o abastecimento dos veículos, que está presente em 100% dos estabelecimentos; a coleta de amostras de combustível nos caminhões-tanque (82,35%), a análise das amostras (82,35%) e a medição dos tanques com régua não eletrônica também estão presentes em 82,35% dos Postos de Combustíveis. Também foi verificado que os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) não solicitam exames complementares para detecção de contaminação por produtos químicos (88,23%), assim como, não consideram o benzeno como um mielotóxico regular, leucemogênico e cancerígeno, mesmo em baixas concentrações, bem como os efeitos da exposição do xileno, tolueno e outros componentes dos combustíveis, incluindo os possíveis danos auditivos (88,23%). Outro item importante que não é considerado nos PCMSO é o monitoramento biológico (83,23%).

Esses achados vão ao encontro do que Moura-Correa et al. (2014, p. 4642) referem em seu estudo sobre a exposição ao benzeno em postos de combustíveis, uma realidade de exposição contínua dos trabalhadores, devido a falta de “controle das fontes de escape de vapores de combustíveis no ar durante o processo de abastecimento de veículos, na descarga de caminhões tanques e por vazamentos nas tubulações, solo e água”. E além de vários outros riscos, há a baixa realização de exames periódicos específicos para exposição ao benzeno. Embora os riscos químicos sejam os que mais têm estudos científicos, outros riscos estão presentes e são considerados nas Visat realizadas pelo Cerest/Vales.



Entre os riscos físicos, o ruído, proveniente dos veículos automotores que abastecem ou que circulam no entorno do posto de combustível, está presente em 100% dos postos de combustíveis. Conforme Leão e Dias (2010, p. 243), os trabalhadores expostos ao ruído podem apresentar os seguintes sintomas auditivos: “perda auditiva, zumbido e dificuldades na compreensão da fala”. Além disso, podem acontecer sintomas extra-auditivos como “alterações do sono e transtornos: da comunicação, neurológicos, vestibulares, digestivos, comportamentais, cardiovasculares e hormonais”, mesmo em níveis de pressão sonora abaixo de 85 decibéis (dB).

Segundo Lacerda et al. (2005) o ruído influencia efetivamente sobre o indivíduo manifestando-se através do aumento da pressão arterial, da aceleração da respiração, do aumento da pressão no cérebro e das secreções de adrenalina. Mesmo quando o nível sonoro está na ordem de 60 dB gera reações inconscientes pelo sistema nervoso vegetativo, podendo alterar a motivação e a disposição dos indivíduos, o estresse e a agressividade aumentam, a capacidade de aprendizagem e de concentração são alteradas, o que pode reduzir a capacidade de trabalho. Leão e Dias (2010) acrescentam que os níveis de pressão sonora elevados afetam também a comunicação, a preservação da atenção e causa fadiga excessiva, e esses fatores estão ligados às altas taxas de acidentes de trabalho. Um estudo realizado na cidade de Londres (LACERDA et al., 2005), indicou que o ruído de tráfego de veículos é a maior causa de incômodo para os indivíduos em suas residências, nas ruas e no trabalho. Os estudos quanto ao ruído de veículos automotores demonstram que, mesmo em níveis de pressão sonora baixa, ele causa algum tipo de disfunção no organismo, os chamados efeitos extra auditivos do ruído. Outra condição presente é a umidade encontrada nas lavagens de veículos (73,46%), visto que muitos trabalhadores não recebem os EPI adequados. A NR 15, em seu Anexo X, considera a umidade excessiva como insalubre, já que pode oferecer risco à saúde dos trabalhadores.

Em relação aos riscos ergonômicos destaca-se o trabalho em postura ortostática por tempo prolongado, sem alternância de postura, mas com possibilidade de movimento (caminhar) em 100% dos Postos de Combustíveis. Conforme o Manual de aplicação da NR 17 (2002), os postos de trabalho não levam em conta o conforto do trabalhador na escolha da postura de trabalho e sim a necessidade de produção. Os músculos que sustentam o corpo na postura antigravitacional não são muito adequados para manter o corpo em pé por longo período de tempo, são mais apropriados para realizar os movimentos de mudanças de posturas. A escolha da postura em pé só é justificada em alguns casos, por exemplo, “a tarefa exige deslocamentos contínuos [...]; a tarefa exige operações frequentes em vários locais de trabalho, fisicamente separados; [...]” (BRASIL, 2002, p. 31). Entretanto, Rumaquella (2009) refere que quando se mantém uma postura em pé por tempo prolongado os músculos que sustentam o corpo se cansam e relaxam causando alterações posturais que podem levar a tensões e dor e, como consequência disso, problemas musculoesqueléticos.



Da mesma forma, Assunção (2004) refere que para a manutenção da postura em pé são utilizados vários músculos das costas e das pernas, e no caso de uma postura estática haverá alteração na nutrição dos discos intervertebrais causando problemas osteomusculares. Assim como pode causar varizes, edema e dor em membros inferiores e na região da coluna lombar e também a postura em pé causa fadiga generalizada devido à carga cardiovascular e ao trabalho muscular intenso. No entanto, segundo Rumaquella (2009), as atividades realizadas em pé em que se pode intercalar o movimento de caminhar, significando um ato dinâmico, há contração e relaxamento dos músculos da perna que ajudam na circulação sanguínea, mas a permanência em pé por toda a jornada de trabalho provoca fadiga nas costas e nas pernas. (RUMAQUELLA, 2009). Então, esses estudos mostram que atividades na postura em pé por tempo prolongado, mesmo que tenham momentos dinâmicos, causam distúrbios osteomusculares.

Entre os riscos psicossociais, mesmo não havendo registros de queixas de assédio, assaltos e violências, sabe-se que esses aspectos podem estar presentes. Moura-Correa et al. (2014) constatou, através de conversas com grupos de trabalhadores, aspectos relativos a atropelamentos, à violência, assaltos e até agressões de clientes. O que foi evidenciado nas Visat está relacionado com as condições sanitárias e de conforto, a ausência de treinamento para os trabalhadores (100%) e pouco fornecimento de equipamento de proteção individual, principalmente o creme protetor (35,29%).

Moura-Correa et al. (2014) referem em seu estudo que existe falta de treinamento dos trabalhadores e de informações sobre os riscos, associado ao baixo fornecimento de equipamento de proteção individual. A Norma Regulamentadora 24 (NR24) estabelece as condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho, e, em seu inciso 24.1.2.1, refere que “as instalações sanitárias deverão ser separadas por sexo”. Porém, constatou-se ausência de sanitários exclusivos para trabalhadores em 41,18% dos Postos de Combustíveis inspecionados. Nos estabelecimentos que havia sanitários exclusivos, 70% não eram separados por sexo. Outras condições vistas foram: trabalho noturno e aos domingos e feriados; ausência de intervalo; ausência de local adequado para lanches dos trabalhadores; ausência de armários duplos para guarda dos pertences dos trabalhadores e vestiário inadequado/improvisado.

Quanto aos riscos de acidentes, apesar de não haver registros de acidentes com os trabalhadores e somente um registro de evento de vazamento em um dos Postos de Combustíveis inspecionados com remediação em andamento, em 100% dos Postos de Combustíveis verificaram-se riscos de explosão, incêndio e intoxicação em função da forma de manipulação de líquidos inflamáveis, ausência de controle da vaporização desses líquidos e ausência de procedimentos e kit para contenção de pequenos vazamentos no abastecimento, uso de celulares na pista de abastecimento, utilização de produtos fumígenos e veículos em trânsito na área de abastecimento de líquidos



inflamáveis, este último também configura risco para atropelamento dos trabalhadores.

A Norma Regulamentadora 20 (NR20) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) deveria assegurar boas condições de saúde e segurança dos trabalhadores de postos de combustíveis. Ela tem todas as condutas obrigatórias que devem ser adotadas pelas empresas. Segundo Alcântara (2015), o presidente do Sindicato dos Trabalhadores no Comércio de Minérios e Derivados do Petróleo do Estado de Alagoas (Sitramico-AL), em entrevista, afirmou que a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é um problema que a NR20 poderia resolver, mas em todo Brasil, a realidade é a mesma, não há fiscalização por parte dos órgãos competentes e os empresários não fornecem os EPI necessários para completa proteção do trabalhador. A NR20, também determina que os trabalhadores sejam capacitados para exercer suas atividades laborais, mas não é o que está acontecendo na prática. Moura-Correa et al. (2015) também apontam que a falta de EPI e treinamentos dos trabalhadores são aspectos que aumentam os riscos de doenças e acidentes de trabalho.

A Tabela 1 apresenta os riscos à saúde dos trabalhadores dos Postos de Combustíveis inspecionados pelo Cerest/Vales, no período de 2009 a 2015, que estão registrados nos Relatórios de Vigilância.

Tabela 1 – Riscos à saúde dos trabalhadores dos Postos de Combustíveis inspecionados pelo Cerest/Vales. Rio Grande do Sul, 2009 a 2015

(continua)

Riscos à saúde	Postos de Combustíveis n	Porcentagem %
Riscos Químicos		
Hidrocarbonetos (gasolina, óleos, graxa)	17	100
Etanol	17	100
Detergente/sabões	13	73,47
Outros: não fornecimento de creme protetor	06	35,29
Riscos Físicos		
Ruído	17	100
Umidade	13	73,47
Outros	-	-
Riscos Ergonômicos		
Postura ortostática	17	100
Ausência de alternância de postura	17	100
Desconforto térmico	17	100
Esforço físico	02	11,73
Outros	-	-
Riscos Psicossociais		
Ausência de sanitários exclusivos para trabalhadores	07	41,18
Trabalho noturno	08	47,05
Horas extras	-	-
Trabalho domingos/feriados	08	47,05
Queixas de assédio moral	-	-
Outros: ausência de treinamento e informação sobre os riscos	17	100



Tabela 1 – Riscos à saúde dos trabalhadores dos Postos de Combustíveis inspecionados pelo Cerest/Vales. Rio Grande do Sul, 2009 a 2015

Riscos à saúde	Postos de Combustíveis n	(conclusão)
		Porcentagem %
Riscos de Acidentes		
Produtos inflamáveis (explosão, queimaduras)	17	100
Veículos automotores (atropelamento)	17	100
Piso molhado (queda)	13	73,47
Outros		

Fonte: Relatórios de Visat elaborados pelo Cerest/Vales dos 17 Postos de Combustíveis inspecionados.

n: número de Postos de Combustíveis.

Adequações solicitadas

As adequações solicitadas tinham um prazo para o atendimento. No entanto, após este prazo a equipe do Cerest/Vales deveria voltar à empresa para verificar a efetivação das modificações necessárias, porém não há registro no Prontuário de que tenha ocorrido o retorno aos postos de combustíveis pela equipe de Visat.

Na Tabela 2 podem-se ver as adequações solicitadas aos quinze Postos de Combustíveis (em dois relatórios não constam solicitação de adequação).

Tabela 2 - As principais adequações solicitadas aos quinze Postos de Combustíveis (continua)

Adequações solicitadas	Posto Comb. n	Porcentagem m %
Disponibilizar documentos completos e atualizados no local de trabalho (PCMSO, PPRA, LTCAT)	12	80
Realizar exames médicos ocupacionais para todos os funcionários, incluindo exames audiométricos	6	40
Fazer PCMSO que indique os exames complementares para detecção de contaminação por Etil-Benzeno, Tolueno e Xileno, conforme NR-07 e também de exposição ao benzeno	13	86,87
Considerar o benzeno como um mielotóxico regular, leucemogênico e cancerígeno, mesmo em baixas concentrações (não há limite seguro de exposição); bem como os efeitos da exposição ao xileno, tolueno, etil-benzeno, n-hexano e outros componentes dos combustíveis, incluindo os possíveis danos auditivos	13	86,87
Garantir o monitoramento biológico com a realização de pelo menos os seguintes exames: ácido trans trans-mucônico, ácido hipúrico, ácido metil-hipúrico, hemograma com análise quantitativa e qualitativa e contagem de reticulócitos e audiometria, além de outros a serem determinados pelo médico coordenador do PCMSO ou pelo médico encarregado	13	86,87
Considerar trabalhadores de outras funções (lavagem de veículos, lubrificação, gerência, caixa de pista, dentre outros) também com exposição ocupacional a hidrocarbonetos	13	86,87



Tabela 2 - As principais adequações solicitadas aos quinze Postos de Combustíveis

Adequações solicitadas	Posto Comb. n	Porcentagem m %
Informar aos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos no desempenho de suas tarefas laborativas, bem como sobre a importância da adoção de medidas de prevenção e proteção	15	100
Esclarecer os trabalhadores sobre os riscos ergonômicos (posturas inadequadas e esforço)	15	100
Implementar bico com proteção contra respingo		100
Organizar arranjo físico adequado ao processo produtivo e à segurança dos trabalhadores	15	100
Garantir que os respiros estejam colocados em altura superior às edificações do entorno	15	100
Colocar canaletas de contenção ao redor da área de descarga do combustível	15	100
Treinar e fiscalizar o uso de EPIs adequados aos riscos e manter em perfeito estado de conservação	15	100
Garantir que a higienização dos uniformes seja realizada pela empresa	15	100
Recomendar e viabilizar lavagem das mãos e outras partes do corpo expostas a produtos químicos com sabão suave	15	100
Garantir condições adequadas de armazenamento dos produtos químicos e resíduos	15	100
Manter rotulagem em todas as embalagens de produtos químicos	15	100
Manter disponíveis as FISPQ de todas as substâncias utilizadas nos respectivos setores de trabalho	15	100
Providenciar que as embalagens de produtos químicos permaneçam devidamente fechadas, enquanto não estiverem em uso	15	100
Completar o tanque do veículo somente até o automático	15	100
Manter manutenção periódica das máquinas e equipamentos	15	100
Adequar instalações elétricas	15	100
Garantir sinalização de segurança, incluindo não uso de telefone celular na pista de abastecimento	10	66,67
Manter medidas de prevenção contra incêndio e explosões	15	100
Retirar a churrasqueira da área do posto	04	26,67
Colocar grades de proteção nas valas localizadas na pista de abastecimento, quando não estiver sendo utilizada.	09	60
Disponibilizar cadeiras ergonômicas para alternância de postura nos setores onde o trabalho é realizado em pé	15	100
Assegurar intervalo e local adequado para lanches dos trabalhadores	15	100
Disponibilizar armários individuais para guarda dos pertences dos trabalhadores	14	93,34
Disponibilizar bebedouro/água potável para os funcionários	15	100
Manter boas condições de higiene no local	15	100

Fonte: Relatórios de Visat dos 15 Postos de Combustíveis inspecionados, elaborados pela equipe de Visat do Cerest/Vales.

n: número de Postos de Combustíveis.

Entre as trinta adequações solicitadas pela Visat, 26 foram solicitadas para mais de 80% dos postos de combustíveis, significando que a maioria das empresas não estava de acordo com as normatizações vigentes.



Desfecho das Vigilâncias em Ambientes de Trabalho dos Postos de Combustíveis

A partir das cinco Visat realizadas em Santa Cruz do Sul (SCS) o Cerest/Vales encaminhou os relatórios das respectivas Visat ao Ministério Público do Trabalho (MPT) e este expediu uma Notificação Recomendatória para todos os Postos de Combustíveis do município de SCS. Para os demais Postos de Combustíveis, que foram inspecionados pela equipe do Cerest/Vales e pela Vigilância em Saúde do Trabalhador e/ou Sanitária dos municípios, foram entregues os relatórios com as adequações necessárias e os prazos. Após a expiração dos prazos deveria ocorrer a Visat de Retorno.

Outra providência foi a solicitação às empresas de retorno ao Cerest/Vales sobre qualquer medida ou adequação realizada, conforme os prazos estabelecidos no Relatório Inicial da Visat. Existia a possibilidade de reajuste de prazos de acordo com as avaliações na Visat de Retorno e das justificativas que poderiam ser apresentadas pela empresa, sempre buscando garantir a efetivação das melhorias das condições de trabalho. No entanto, não há registros no Prontuário da ocorrência de retorno da equipe de Visat para verificação do TAC e nem para verificação das eventuais melhorias nos demais postos de combustíveis dos municípios de abrangência do Cerest/Vales. Apenas um Posto de Combustível entrou em contato solicitando prazo de seis meses para efetuar as adequações. O prazo foi concedido pela equipe de Visat, mas não houve mais contato entre as partes.

No entanto, no presente estudo constatou-se que as ações iniciais da Visat, realizadas pela equipe do Cerest/Vales, foram bem executadas. O *checklist* utilizado no momento das inspeções abrange todos os aspectos relacionados aos riscos em postos de combustíveis, tanto no ambiente ocupacional como no entorno. A partir disso, os Relatórios de Visat contêm as informações obtidas na inspeção de forma esclarecedora e objetiva, abrangendo os riscos à saúde dos trabalhadores e aspectos sobre o ambiente, o processo e a organização do trabalho. As adequações solicitadas abrangem de forma integral todos os riscos e seus efeitos. Além disso, a ação de Visat por si só desperta nos trabalhadores a curiosidade sobre sua atividade, envolvendo os riscos e como preveni-los. Pois é rotina conversar com os trabalhadores sobre seu trabalho e orientá-los no momento da Visat. Em decorrência desse momento, foram realizadas consultas médicas, exames laboratoriais e audiometrias. No entanto, a não realização do Retorno deixa uma lacuna e dúvidas em relação a real eficiência da Visat.

Os resultados encontrados quanto ao desfecho das Visat, em especial a falta de verificação das adequações, parecem estar relacionados a alguns aspectos do gerenciamento das atividades do Cerest/Vales. Os profissionais da equipe de Visat atuam também em outras atividades como investigação de óbitos, ações educativas



para diversos públicos, ações de assistência a trabalhadores já adoecidos, atividades administrativas, entre outras, o que significa que os profissionais não atuam exclusivamente nas Visat. Além disso, são priorizadas as novas demandas de Visat quando os riscos à saúde e segurança dos trabalhadores são eminentes e/ou quando o número de trabalhadores expostos é grande. Também são priorizadas as solicitações do MPT, individuais ou nas Forças Tarefas, já que a parceria com o MPT é um fator potencializador das Visat. Outros aspectos que podem influenciar na demora das Visat de retorno, são: a equipe de Visat é em número reduzido; a falta de apoio de alguns gestores da saúde e a pouca integração e articulação entre instituições dadas como parceiras, entre outros fatores.

Diante desse cenário, cabe destacar a necessidade de que essa atividade seja prioritária e bem estruturada, objetivando torná-la efetiva para todos os ramos produtivos, fortalecendo desse modo a política de vigilância em saúde do trabalhador e melhorando as condições e a organização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra que são vários os aspectos que influenciam na saúde e na segurança dos trabalhadores de postos de combustíveis, porém os principais problemas estão relacionados com a exposição aos produtos químicos. Os achados não diferem muito dos descritos nos estudos anteriores. Há ausência de controle nas fontes de emanção de vapores; não existe treinamento e muito menos monitoramento dos trabalhadores expostos. Além disso, chama à atenção que os PCMSO não consideram o benzeno como cancerígeno. Outro aspecto importante é a falta de informação aos trabalhadores quanto aos riscos ocupacionais a que estão sujeitos e seus efeitos para a saúde.

A realização das Visat em postos de combustíveis pelo Cerest/Vales configura uma ação importante para a prática da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tanto para a obtenção de dados sobre as condições e processos de trabalho como para os próprios trabalhadores dos postos de combustíveis, pois tiveram a oportunidade de conhecer os riscos a que estão expostos e realizar exames laboratoriais que não haviam ainda realizados, por exemplo. Dessa forma, os trabalhadores adquirem consciência de suas atividades e de sua saúde e sentem-se valorizados. A atuação multidisciplinar nas ações de Visat enriquece o trabalho, pois é através dos vários olhares que se constrói a saúde do trabalhador. Porém, não houve parceria dos Sindicatos dos Trabalhadores em postos de combustíveis e das Vigilâncias Sanitária e/ou Ambiental de alguns municípios na realização da inspeção propriamente dita.

Esta pesquisa pode auxiliar na qualificação e no fortalecimento das Visat em postos de combustíveis e nas demais vigilâncias. As mudanças nas condições de



trabalho, para diminuir os acidentes e doenças, estão ligadas a uma Visat forte e competente. Portanto, sugere-se que haja qualificação das equipes de Visat; que a equipe de Visat do Cerest/Vales retorne aos postos de combustíveis para averiguar a situação atual e estenda as Visat para outros estabelecimentos deste ramo produtivo, assim como, rever a organização do cronograma das Visat para que o papel de intervir nas condições de trabalho, tanto nos riscos como nos efeitos desses seja atendido plenamente. Também, recomenda-se que sejam realizadas futuras pesquisas abrangendo outros ramos produtivos, no intuito de conhecer as condições e a organização de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, LUCAS. **Profissão perigo: falta de proteção expõe frentistas alagoanos à rotina de riscos**. 2015. Disponível em: <<http://revistacaleidoscopio.com.br/profissao-perigo-falta-de-protecao-expoe-frentistas-alagoanos-a-rotina-de-riscos/>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. A cadeirologia e o mito da postura correta. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 29 (110): 41-55, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572004000200006>. Acesso em: 24 jul. 2016.

BARATA-SILVA, et al. Benzeno: reflexos sobre a saúde pública, presença ambiental e indicadores biológicos utilizados para a determinação da exposição. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 (4): 329-42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00329.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BRASIL. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17** – 2 ed. – Brasília: MTE, SIT, 2002. 101 p. Disponível em: <http://www2.mte.gov.br/seg_sau/pub_cne_manual_nr17.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2016.

_____. **Norma Regulamentadora 24: Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho**. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr24.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

LACERDA, A.B. M. DE et al. Ambiente urbano e percepção da poluição sonora. **Ambiente & Sociedade**, vol. 8, n. 2, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v8n2/28606.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

LEÃO, R. N.; DIAS, F. A. M. Perfil audiométrico de indivíduos expostos ao ruído atendidos no núcleo do município de Montes Claros, Minas Gerais. **Rev. CEFAC**, v. 12, n. 2, p. 242-249, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n2/10.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.



MACHADO, J. M. H. et al. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 913-921, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a14v8n4.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

MOURA-CORREA, M. J. et al. Exposição ao benzeno em postos de revenda de combustíveis no Brasil: Rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4637-4648, dez. 2014.

RUMAQUELLA, Milena Roque. **Posturas de trabalho relacionadas com as dores na coluna vertebral em trabalhadores de uma indústria de alimentos: estudo de caso**. 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Bauru, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.faac.unesp.br/Home/PosGraduacao/Design/Dissertacoes/milena_rumaquella.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SILVA, F. L. do N. et al. Determinação de Benzeno, Tolueno, Etilbenzeno e Xilenos em Gasolina Comercializada nos Postos do Estado do Piauí. **Quim. Nova**, v. 32, n. 1, p. 56-60, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422009000100011>. Acesso em: 31 jul. 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F. et al. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, dez. 2014.



A HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAUDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Maria Clara Adam Lanz¹

Luciane Maria Schmidt Alves²

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional (T.O.) é uma profissão da área da saúde que estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar disfunções de origem física, mental, de desenvolvimento e social que interfiram no desenvolvimento e na independência do indivíduo em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer.

A história da Terapia Ocupacional é bastante recente, porém o uso da atividade como recurso terapêutico foi utilizada de forma empírica ou intuitiva desde os tempos remotos. Na pré-história as pinturas rupestres nas paredes das cavernas eram utilizadas para expressar os sentimentos dos homens para que eles pudessem elaborá-los internamente. Já entre os egípcios e até mesmo com os romanos, o canto, a dança e a diversão eram utilizados para a cura de doenças físicas e mentais.

A profissão Terapia Ocupacional foi fundada em Clifton Springs, New York, em 15 de março de 1917. Logo após a profissão ser criada, os EUA entraram na Primeira Guerra Mundial. No Brasil foi criado em 1946 o Serviço de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional, cuja direção ficou ao encargo da Dra. Nise M. da Silveira. O primeiro curso de T.O. foi ministrado no Hospital das Clínicas de São Paulo, e foi regulamentado em 1964. Somente em 13 de outubro de 1969 foram definidas as atribuições da Terapia Ocupacional e a formação de nível superior foi reconhecida (DUNCAN et al., 2004).

A Terapia Ocupacional em saúde do trabalhador apresenta-se como uma ciência que realiza um trabalho integrado com outras ciências relacionadas à saúde, onde o Terapeuta Ocupacional está apto a compreender as relações saúde-sociedade, como também as relações de exclusão-inclusão social, considerando as realidades regionais e as prioridades assistenciais, buscando a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e orientando a participação dos mesmos em atividades selecionadas para facilitar, restaurar, fortalecer e promover a saúde (DALTON; LANCMAN, 2012).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fortaleceu ações do SUS relacionadas ao direito social e de cidadania, representando um marco na formulação

1 Terapeuta Ocupacional Cerest/Vales.

2 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



de propostas desse setor, propostas que se consolidaram na Reforma Sanitária Brasileira. A perspectiva da promoção da saúde e prevenção dos riscos ocupacionais, como lógica da Saúde Pública, incorporou-se ao campo da Saúde do Trabalhador (ST) a partir da criação do SUS, em 1988.

Foi nesse contexto que foram implantadas as primeiras instituições voltadas para a saúde dos trabalhadores no país. No início dos anos 1990, foram criados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que assumiram ações relativas à área em cinco frentes: assistência a trabalhadores com sequelas de acidentes ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho, VISAT, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas.

Os CEREST sempre contaram com uma equipe composta por profissionais de diferentes formações, entre eles, médicos do trabalho e de outras especialidades, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais. Muitos deles trilharam diversos caminhos no serviço público e alguns apenas se aproximaram da área de Saúde do Trabalhador ao ingressarem no CEREST. Os terapeutas ocupacionais sempre integraram essas equipes, embora se caracterizasse como um campo de atuação novo para esses profissionais e não houvesse experiências acumuladas que norteassem sua prática, principalmente no que se refere à vigilância (DALTON; LANCMAN, 2012).

Por estarem acostumados a usar ferramentas como a análise de atividade, a pensarem o contexto de vida e o cotidiano e a inserção no trabalho de clientes com problemáticas diversas, os Terapeutas Ocupacionais tinham preparo para agir nas organizações de trabalho a partir de uma perspectiva histórico social. Eles já estavam sensibilizados para compreender o trabalho tanto como fator de promoção de saúde quanto gerador de sofrimento e adoecimento. O T.O., pelo seu olhar biopsicossocial, tem um instrumental que lhe permite pensar sobre os reflexos do trabalho.

O terapeuta ocupacional amplia sua prática, que ganha novas dimensões e aplicações. A análise da atividade, frequentemente centrada no fazer individual, passa a abranger situações de trabalho na esfera organizacional e nas condições reais de trabalho. As atividades expressivas passam a contribuir na facilitação de dinâmicas de grupo e em processos de reflexão grupal entre os trabalhadores.

Os processos de intervenção do terapeuta ocupacional, na esfera da saúde do trabalhador, implicam na compreensão entre a inter-relação de todas as esferas ligadas à vida cotidiana, na importância e na influência do trabalho em todos os âmbitos da vivência humana, e no entendimento do significado que o trabalho desempenha na sua existência e na sua relação com os demais fazeres ocupacionais (SANTOS et al., 2015).

Com as histórias relativamente recentes da Terapia Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, verificou-se a necessidade de realizar uma pesquisa sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional nesta nova área de atuação e de se traçar um paralelo histórico



entre a profissão e a política de saúde. Assim, este estudo objetiva conhecer os aspectos históricos e a atuação do terapeuta ocupacional em saúde do trabalhador no Brasil.

METODOLOGIA

O estudo baseia-se no método de levantamento bibliográfico. Para Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com o que já foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. Foram utilizados legislações e documentos como resoluções, decretos, portarias, atas, os quais registram a história da política de Saúde do Trabalhador. Para a coleta de artigos científicos, foram utilizadas plataformas virtuais como a Biblioteca Virtual em Saúde, Portal de Periódicos CAPES/MEC, Portal da Scientific Electronic Library Online - SCIELO e Periódicos Virtuais de Terapia Ocupacional. Os artigos utilizados datam entre o ano 2000 a 2016. Para a seleção dos artigos e documentos disponíveis em meio eletrônico, foram utilizadas as palavras-chave “terapia ocupacional”, “saúde do trabalhador” e “terapia ocupacional and saúde do trabalhador”.

Os dados coletados foram analisados através da análise temática, método interpretativo de análise de dados. A identificação, análise e descrição de padrões ou temas, permite apresentar e organizar os dados de uma forma sintética.

Na coleta de dados foram encontrados 16 artigos (Quadro 1).

Quadro 1 - Artigos coletados

(continua)

Autor	Título	Ano
COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON Fº, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia.	Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública.	2013
MEHRY, Emerson E.	As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas.	2014
NOBRE, L. C. C.	A política do possível ou a política da utopia?	2013
DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S.	Terapia ocupacional na vigilância em saúde do trabalhador.	2012
DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S.	Vigilância em Saúde do trabalhador – rumos e incertezas.	2013
JUNQUEIRA, Taísa.	Trabalho, Saúde e Terapia Ocupacional: uma abordagem sistêmica.	2008
KARINO, Marcia E.; MARTINS, Julia T.; BOBROFF, Maria C.C.	Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: Avanços e desafios.	2011
LAMONATO, B. C. et al.	Terapia Ocupacional nas empresas.	2007
LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G.	Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho.	2002



Quadro 1 - Artigos coletados (conclusão)

Autor	Título	Ano
LANCMAN, S. et al.	Contribuições do estudo da subjetividade na análise e intervenção no trabalho.	2002
LANCMAN, S. et al.	Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador.	2004
LANCMAN, S. et al.	Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito.	2006
NEISTADT, Maureen; CREPEAU, Elisabeth Blesedell.	Terapia Ocupacional	2002
SANTOS, E. D. A.; RODRIGUES, K. V. S.; PANTOJA, A. M.	Atividades grupais e saúde do trabalhador: uma análise terapêutica ocupacional.	2015
SIQUEIRA, A. R.; QUEIROZ, M. F. F.	Abordagem grupal em saúde do trabalhador.	2001
WATANABE, M.; NICOLAU, S. M.	A Terapia Ocupacional na interface da saúde e trabalho.	2001

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os materiais coletados foram divididos em três temas: “A história da Terapia Ocupacional”, “A história da Saúde do Trabalhador” e “A história da Terapia Ocupacional na Saúde do Trabalhador no Brasil”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história da profissão do TO

Desde os tempos pré-históricos o homem utiliza a arte para expressar seus feitos, medos e desejos nas pinturas rupestres elaboradas nas paredes das cavernas onde viviam, fabricação de cerâmica no período neolítico, no polimento de pedras, etc. (DUNCAN et al., 2004). No Egito antigo os nobres não precisavam trabalhar, ocupando seu tempo ocioso com atividades que lhes davam prazer como o trabalho em jardins. Os egípcios assim como os gregos utilizavam a música, a diversão e os jogos para aliviar o sofrimento dos doentes mentais, reconhecendo as propriedades curativas dessas atividades. Em 172 a.C., Galeno, médico grego escreveu: “A ocupação é o melhor remédio, e é essencial para proporcionar a felicidade humana” (DUNCAN et al., 2004, p.17-18).

No ano de 1791, Pinel visitou o Asilo de Saragozza, em Bolonha, onde estavam utilizando o trabalho como conduta terapêutica no tratamento dos doentes, reconhecendo a validade e os benefícios do trabalho e introduziu a atividade na terapêutica em sua reforma no Hospício de Bicêtre. Esta atitude ficou historicamente conhecida como “queda dos grilhões que mantinham presos os infelizes insanos de espírito” (DUNCAN et al., 2004).



O alemão Herman Simon foi considerado o “pai” da Terapia Ocupacional, pois quando trabalhava no Westfalian Hospital transformou o hospital em “oficina”, seu método era chamado de “Tratamento Ativo”, dizendo que “a ocupação é um tratamento”. Simon teve bastante influência na psiquiatria brasileira (DE CARLO; LUZO, 2004, p. 25).

A ideia de que a ocupação ou diversão é benéfica aos doentes remete a 2.000 a.C.. Galeno e Hipócrates propunham o uso de exercícios e atividades como importantes agentes terapêuticos. No fim do século XVIII e primórdios do século XIX, Phillipe Pinel e Benjamim Rush, entre outros, passam a utilizar o tratamento moral baseado em atividades físicas e trabalho produtivo como principal estratégia terapêutica (LANCMAN, 2004).

Em 1913 foi fundado um curso de ocupação para inválidos em Wisconsin, USA, e a profissão foi fundada em 15 de março de 1917, em Clifton Springs, New York (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002). Logo após a profissão terapia ocupacional ser criada, a Primeira Guerra Mundial eclodiu e os E.U.A. entraram na guerra. Isso gerou uma chamada imediata de voluntárias (somente sexo feminino), com compromisso civil, conhecidas como “auxiliares de reconstrução”, para assistir os homens feridos na frente de batalha. As “auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional” utilizavam instruções sobre ofícios como recurso. No final da guerra, quase 1200 auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional contribuíam com seus serviços (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002, p. 798).

As Guerras Mundiais ajudaram a aumentar a consciência pública dos benefícios da Terapia Ocupacional e forneceram uma oportunidade para que os terapeutas provassem sua competência e valor social. As guerras alinharam, de forma mais próxima, a Terapia Ocupacional com a medicina, como aconteceu na ligação entre AOTA e a AMA. À medida que a profissão negociou sua função com outros profissionais dentro do sistema médico, surgiram questões básicas, como a diferenciação entre Terapia Ocupacional e a Fisioterapia. Para atuar dentro do sistema médico, houve pressão sobre a Terapia Ocupacional para estreitar sua definição de serviços e abandonar alguns objetivos humanistas dos fundadores. (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002, p. 798)

Naquela época, as mulheres eram escolhidas para exercer a profissão, pois acreditava-se que suas características maternais fossem muito benéficas no tratamento dos doentes mentais. Foram elas, também, as pioneiras no trabalho com indivíduos incapacitados, recebendo a denominação de ‘auxiliares de reconstrução’. (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 27).

Na Segunda Guerra Mundial mais uma vez se ressaltou o valor da terapia



ocupacional como auxílio às pessoas doentes e feridas. Nessa época, a profissão passou a ser vista como um trabalho de mulheres. As demandas exigiram a ênfase sobre os trabalhos manuais, deslocou-se para as habilidades mais práticas ligadas ao trabalho (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002).

No final dos anos 60 até os anos 80, houve um período de rápidas mudanças na sociedade e na terapia ocupacional. A prática da terapia ocupacional tornou-se especializada e começou a se expandir para áreas dos cuidados de saúde, além do hospital... Entretanto, a especialização ameaçou a conduta generalista para o processo do tratamento, que considerava todos os aspectos do paciente. A íntima ligação desenvolvida com a medicina e sua fundamentação nas condutas científicas continuaram a conflitar com a arte da prática e com os objetivos da terapia ocupacional. (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002, p. 800).

No Brasil, em 1852, ocorrem as primeiras práticas dessas atividades em instituições psiquiátricas, quando foi fundado o Hospício Pedro II. Naquele momento foram criadas as oficinas de sapateiro, alfaiate, marceneiro, florista e de desfiar estopa para os pacientes (SILVEIRA, 1966).

A Terapia Ocupacional no Brasil está relacionada de forma histórica com as instituições para doentes mentais, as psiquiátricas, como foi relatado em trabalhos de médicos brasileiros como Nise da Silveira. Em 1946 surgiu o Serviço de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional, cuja direção ficou ao encargo da Dra. Nise M. da Silveira. Porém, as ocupações, desde o século XIX, eram mais utilizadas como medidas disciplinares do que terapêuticas nos manicômios psiquiátricos. (DE CARLO; LUZO, 2004).

De início, a formação dos Terapeutas Ocupacionais seguia o modelo curricular de curso técnico, com duração de dois anos, posteriormente, de três anos. O primeiro curso de T.O. foi ministrado no Hospital das Clínicas de São Paulo, e foi regulamentado em 1964. A formação dos Terapeutas Ocupacionais em nível universitário, no Brasil, iniciou com muita influência do modelo norte-americano, devido à vinda de orientadores estrangeiros enviados pela ONU para treinamento de orientadores locais. Ao mesmo tempo em que o ensino iniciava em São Paulo, por iniciativa de outros estados, com ou sem apoio da ONU, novos cursos foram instalados. Os profissionais formados a partir da década de 50 “seguiram o modelo clínico vigente na medicina, que lhes possibilitou constituir uma determinada identidade e corpo de conhecimento técnico científico” (SOARES, 1991). Somente em 13 de outubro de 1969 foram definidas as atribuições da Terapia Ocupacional, e a formação de nível superior foi reconhecida (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Na década de 80 começam as discussões sobre a necessidade de práticas



com caráter preventivo e comunitário, promovendo a manutenção da saúde e não somente a reabilitação. Isso fez com que a procura por este tipo de atendimento aumentasse.

Embora a clientela da Terapia Ocupacional ainda seja constituída, em sua maioria, por aqueles considerados 'diferentes' (as pessoas com deficiência, os doentes crônicos, os loucos etc.), novas populações têm sido atendidas por meio de ações inovadoras dos terapeutas ocupacionais, sejam pacientes com quadros clínicos agudos e de recuperação mais rápida, sejam sujeitos em condição de risco pessoal e/ou social. (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 38).

Uma nova direção vem sendo tomada na prática da Terapia Ocupacional e propõe mais possibilidades e recursos em vários sentidos. Dessa forma, as atividades estão passando a constituir um campo prático, de pesquisa e de reflexão abundante (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

A história da saúde do trabalhador

A história da saúde do trabalhador também vem dos tempos antigos, quando o homem percebeu, mesmo que de forma incompleta, que havia uma ligação entre o ato de trabalhar e o processo de adoecimento. Desde a era greco-romana, o trabalho já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens. Trabalhos já chamavam a atenção para a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da posição social como fatores determinantes na produção de doenças. Há cerca de seis séculos a.C., com o trabalho de Hipócrates (nascido em 460 a.C), existe uma alusão a um problema de saúde relacionado ao trabalho; uma doença sofrida por um mineiro, que, segundo estudiosos, pode ter sido uma contaminação por chumbo ou uma pneumonia. Outros escritos chegaram até nossos dias, inclusive um de Gaius Plinius Secundus (23-79 d.C) relatam o uso de máscaras de couro improvisadas pelos operários para se protegerem da poeira das minas. Existem também textos romanos desse período, alertando sobre doenças observadas entre os escravos, ferreiros e junto aos que trabalhavam com o enxofre.

Com a queda do Império Romano e o surgimento da Idade Média, a produção se concentrou nas mãos dos artesãos e seus aprendizes, mas pouco se sabe sobre as condições de saúde em suas oficinas. As Corporações de Ofícios, que regulavam o funcionamento das oficinas possuíam suas regras de condutas, inclusive quanto à divisão e organização do trabalho entre mestres e aprendizes.

Outro fato importante é que, no campo da saúde, a Idade Média ficou marcada principalmente pelas epidemias como a lepra, peste bubônica, varíola entre outras-, que naturalmente atingiram os trabalhadores. As realizações sanitárias se limitaram ao



estabelecimento da quarentena, a criação de hospitais e o surgimento da assistência social, em grande parte proporcionados pela igreja.

Com a expansão marítima, o surgimento do mercantilismo, o incremento comercial e o desenvolvimento econômico no século XVI, a questão da saúde do trabalhador ganha mais visibilidade e tem início uma nova fase, onde a questão se consolida como um campo específico da saúde. A obra mais antiga publicada nesse período que trata das doenças ocupacionais foi sobre a contaminação por metais entre os ourives, em 1472, por um médico alemão, Ulrich Ellenbog. Depois, ocorreram denúncias sobre as condições de saúde dos mineiros, fundidores, soldados, trabalhadores das salinas e, principalmente sobre uma categoria muito importante da época, os marinheiros. O primeiro tratado sobre o adoecimento dos trabalhadores no mar foi publicado em Londres, em 1595, por George Whetstone, que apresenta as doenças às quais os marinheiros estavam sujeitos nos trópicos. O grande problema de saúde desta categoria de trabalhadores era o escorbuto, doença causada pela falta de vitamina C, resultado da má alimentação do trabalhador.

Em 1700, surge a obra de Bernardino Ramazzini, médico que atuava na região de Modena na Itália, com uma visão clínica impressionante para aquela época, descreve doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões. Em função da importância de seu trabalho, recebeu da posteridade o título de Pai da Medicina do Trabalho.

Com a Revolução Industrial surge uma nova era para a saúde do trabalhador. Na Inglaterra, ainda vivendo um modelo feudal de Idade Média, mas com um crescente movimento de urbanização, inicia a moderna industrialização, e as fábricas se instalaram principalmente nos aglomerados urbanos. O trabalho artesanal, onde o homem era detentor de todo o processo, dá lugar a um processo industrial com profundas modificações sociais. Esta é a fase moderna, quando o adoecimento dos trabalhadores passa a ser definitivamente relacionado com o processo de produção implantado pelo capitalismo. O trabalho passou a ser em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. Agora o acidente e a doença do trabalho passa a ser entendido como um fenômeno coletivo que necessita de ações sociais e políticas para ser superado. O êxodo rural, as questões urbanas de saneamento e de miséria se juntaram a outro grande problema: as péssimas condições de trabalho (e ambiente) alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris. A maioria da mão de obra era composta de mulheres e crianças que sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos do processo e/ou ambiente de trabalho. A Medicina do Trabalho tinha aí seu marco inicial. O modelo de serviços médicos dentro das empresas difundiu-se para vários países da Europa e de outros continentes, paralelamente ao processo de industrialização, e passou a ter um papel importante no controle da força de trabalho através do aumento da produtividade e regulação do absenteísmo (MENDES; DIAS, 1991).



No início do século XX, com o mundo à volta com grandes mudanças, o ideário marxista, com o socialismo e o comunismo, se contrapondo ao capitalismo, e a Primeira Guerra Mundial. O processo de industrialização e a crescente urbanização modificaram a relação capital-trabalho e o movimento sindical emergente começou a expressar o controle social que a força de trabalho necessitava. Ao mesmo tempo, as novas tecnologias, ao incorporarem novos processos de trabalho, geravam novos riscos que culminavam em acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Nesse período, com a expansão e consolidação do modelo iniciado com a revolução industrial e com a transnacionalização da economia, surgiu a necessidade de medidas e parâmetros comuns, como regulamentação e organização do processo de trabalho. Assim foi criada a Organização Internacional do Trabalho, em 1919, que já reconhecia, em suas primeiras reuniões, a existência de doenças profissionais. Surgiu uma nova organização do trabalho, o *taylorismo* e o *fordismo*, que tinham como objetivo principal a produtividade. E, por consequência, a conquista dos mercados. As ciências, por sua vez, evoluíram, configurando novos campos do saber, principalmente a química pura e aplicada, a engenharia, as ciências sociais e a incorporação da dimensão da psicanálise. Desenvolviam-se os primeiros conceitos de Higiene Industrial, de Ergonomia e fortalecia-se a Engenharia de Segurança do Trabalho. Paralelamente, no campo da Saúde Pública, começaram a ser criadas Escolas, como a John Hopkins, a de Pittsburgh, com ênfase na Medicina Preventiva. Tudo isto veio configurar um novo modelo baseado na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade, que nasceu sob a égide da Saúde Pública com uma visão bem mais ampla que o modelo original de Medicina do Trabalho.

Saúde Ocupacional surge, principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. (MENDES; DIAS 1991, p. 343).

Na década de 70, na Itália, surgiu um movimento de trabalhadores exigindo maior participação nas questões de saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como a participação das entidades sindicais na fiscalização dos ambientes de trabalho, o direito à informação (riscos, comprometimento ambiental, mudanças tecnológicas) e, finalmente, melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho. Este foi o movimento operário italiano. As mudanças na legislação de saúde e segurança dos trabalhadores continuaram acontecendo em vários países e o movimento que se iniciava na Itália, chegou à América Latina, onde a turbulência político-social e o desejo por mudanças fez com que germinasse a reforma sanitária e as lutas democratizantes, que se tratavam em praticamente todos



os países da América do Sul e Central. É nessa conjuntura, que a área temática Saúde do Trabalhador se configurou e estruturou, em um contexto de profundas mudanças nos processos de trabalho iniciados na década de 70, cuja característica marcante era uma transnacionalização das economias, onde indústrias se transferiram para o Terceiro Mundo, principalmente aquelas que ocasionavam danos para a saúde ou para o ambiente, como a de agrotóxicos, a de amianto e chumbo. Também a automação, a informatização, a terceirização, ao determinarem marcantes transformações na organização e processo de trabalho, impactaram sobre os trabalhadores e sua saúde. A Saúde do Trabalhador surgiu também como um novo enfoque de proteção de homens e mulheres, à luz da pressão do capital.

Saúde do Trabalhador se consolida na América Latina rediscutindo seu modelo próprio, que chega aos anos 90 mais pragmático e menos ideológico, questionando alguns referenciais paradigmáticos que delinearão sua prática mais intensa, no início dos anos 80. Por Saúde do Trabalhador entende-se um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e aglutinados por uma perspectiva comum.

No Brasil, com a abolição da escravatura no fim do século XIX e a vinda dos imigrantes europeus no início deste século, se dá início ao primeiro grande surto Industrial com quase cem anos de atraso. As grandes invenções do fim do século XIX, a revolução industrial da máquina a vapor e da indústria têxtil, além das transformações políticas, sociais e econômicas do mundo, impactaram sobre o Brasil república. A medicina de então evidenciava preocupação natural com as grandes epidemias, bem como, reproduzindo o modelo de medicina social francês, um cuidado especial com cemitérios, matadouros, hospitais, presídios e fábricas. E o modelo de desenvolvimento industrial em nada diferia daquele vivido na Inglaterra muitos anos antes, fábricas primitivas, sem condições mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, mulheres e crianças, em péssimas condições de trabalho.

Para disciplinar o crescimento e para manter o princípio de poder, cresce o controle estatal, semelhante ao mercantilismo europeu. No início deste século, médicos da Faculdade Nacional de Medicina, na Praia Vermelha, protestavam contra a realidade das fábricas no Brasil. No Congresso da jovem República do Brasil, surge a proposta, em 1904, que se concedam benefícios previdenciários a trabalhadores acidentados no trabalho no Rio de Janeiro. A partir daí, com a influência maior da medicina norte-americana e das escolas de Saúde Pública, como a John Hopkins, o ensino de Higiene do Trabalho passou a ser incluído nos cursos de sanitaristas e posteriormente nos cursos de Medicina em todo o Brasil. Foi em um período de governo totalitário (a ditadura do Estado Novo), que surgiu a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, que agrupava e sistematizava as leis trabalhistas, representando notável avanço do ponto de vista jurídico. Também foi um período marcado pelo crescimento e afirmação do movimento sindical no Brasil. Atualizações da Lei de



Acidentes do Trabalho se sucederam. A década de 50 representou o segundo grande surto industrial do Brasil e o desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho. As Escolas de Medicina Preventiva, de influência americana, fizeram incorporar a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, que passou, também no Brasil, a contextualizar uma área mais abrangente, a Saúde Ocupacional. Também na formação médica, disciplinas como Medicina do Trabalho foram incluídas na maioria dos currículos das escolas médicas do país. Proliferavam os serviços médicos de empresas, afirmando-se também como mercado de trabalho interessante para médicos, principalmente aqueles com formação em Saúde Pública (sanitaristas) ou em Medicina Preventiva.

A década de 60 encontrou o Brasil em nova crise política, que culminou com o golpe militar de 31 de março de 1964. O Brasil passou a viver um período de restrição das liberdades democráticas, ao mesmo tempo em que - mantendo a lógica do totalitarismo - o Governo tentava disciplinar a questão do trabalho, aplicando leis e reformas. A Previdência Social unificou os Institutos de categorias, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical. O Ministério do Trabalho também consolidou suas ações, intervindo decisivamente em segurança e saúde do trabalhador. De um modo geral, acatávamos as recomendações técnicas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e posteriormente do Comitê Misto OIT- OMS e as adaptávamos à nossa Legislação.

No início dos anos 70, frente aos altos índices de ocorrência de acidentes, foi a imposição legal às empresas, de contratarem profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando assim os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho (SESMTs), dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas. O governo do Brasil preocupava-se exclusivamente com os acidentes do trabalho, dando pouca ou nenhuma atenção às doenças do trabalho.

Nesta época, o governo criou a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, órgão do Ministério do Trabalho voltado à pesquisa. cursos de pós-graduação em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança disseminaram-se de norte a sul do país, geralmente em convênio com universidades. Também na área jurídica, o Governo ampliou e modificou o capítulo V da CLT, que versa sobre medicina e segurança do trabalho, ao criar as Normas Regulamentadoras, adotando avaliação quantitativa de riscos ambientais e limites de tolerância, bem dentro do escopo da Saúde Ocupacional, permanecendo a legislação previdenciária-acidentária, com características de uma prática medicalizada, de cunho individual e, contemplando exclusivamente os trabalhadores segurados ou formalmente engajados no mercado de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Com a reorganização do movimento sindical, introduziu-se a questão saúde



nas pautas de discussão e reivindicação, seguindo pelo menos aí, o modelo operário italiano das décadas de 60 e 70. Ainda em 1978, foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho -DIESAT, que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e trabalho.

Os Programas de Saúde do Trabalhador, que começaram a ser criados em vários estados brasileiros, a partir do início da década de 80, tiveram seu verdadeiro momento de criação ideológica com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do SUS. Tanto é, que foi convocada para aquele mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que, ao congregar de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, lançou com êxito, as bases para um novo caminhar.

Após a promulgação da constituição de 1988 e com a implantação do SUS a saúde passou a ser entendida como um destes direitos sociais, abrangendo em sua competência a saúde do trabalhador. Mas o fato é que, devido a uma longa tradição histórica, a saúde do trabalhador sempre foi vista – inclusive por sindicatos – como um direito trabalhista, uma ação de segurança individual ou coletiva (quando relacionada ao processo produtivo) e não como um direito social. Como direito social, a saúde do trabalhador exige políticas públicas estruturadas, integradas e a subordinação do capital ao bem comum, e não apenas em ações isoladas.

Em 1990 o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária, que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei nº 8.080 contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º conceituando-a como:

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

Em 1991, o Ministério da Saúde, através de sua Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT), área nova criada a partir da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, onde foi amplamente discutida a operacionalização da Lei nº 8.080 e a realidade dos programas regionais.



Uma conquista importante, nesta primeira metade dos anos noventa, foi a constituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo relatório de novembro de 1993 continha princípios de atuação conjunta de órgãos do Governo em prol da saúde do trabalhador. Progrediam no país as ações de intervenção ambiental voltadas para a defesa da saúde do trabalhador.

Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de saúde do trabalhador em estados e municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST/SUS). Aspectos como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos, financiamento e vários outros foram abordados nesse documento, que se propôs a ser uma diretriz, para que em todas as regiões do País a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realizasse com a qualidade desejada.

Entre as estratégias para concretizar as ações em saúde do trabalhador, destaca-se a concepção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, (FACCHINI et al., 2005). A RENAST compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Em sua atual formatação institucional, a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A portaria Nº 2.437/ 2005, que *dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências, em seu artigo 4º diz:*

Art. 4º Recomendar a todos os Estados da Federação a necessidade de organização de serviço com a denominação de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

§ 1º O CEREST tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho [...]. (BRASIL, 2005).

Os CERESTs desempenham funções de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. Os CERESTs devem estar intimamente articulados com os outros níveis de atenção como parte de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva de atenção à saúde.

A composição mínima da equipe técnica é de 6 (seis) profissionais de nível superior, sendo: 02 médicos/20 horas semanais; 01 enfermeiro/40 horas semanais; 03 profissionais de nível superior de outras categorias (engenheiro, tecnólogo,



médico, veterinário, farmacêutico, fisioterapeuta, odontólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, entre outros) e mais 04 (quatro) profissionais de nível médio, sendo: 02 auxiliares de enfermagem; 02 profissionais de nível médio (técnico de segurança do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho, entre outros). Atualmente, estão habilitados no Brasil 26 CERESTs Estaduais e 195 CERESTs Regionais, totalizando 221 CERESTs.

A história da Terapia Ocupacional na Saúde do Trabalhador

A Terapia Ocupacional surgiu como profissão com a reabilitação e adaptação dos soldados feridos e sequelados das grandes guerras mundiais. Foi durante a Segunda Guerra Mundial que a terapia ocupacional demonstrou maior importância, auxiliando pessoas doentes e feridas, deslocando-se para as habilidades mais práticas ligadas ao trabalho (SCHWARTZ apud NEISTADT; CREPEAU, 2002).

A área da Saúde do Trabalhador (ST) é um campo de práticas e saberes interdisciplinares que visam à integridade física, emocional e social dos trabalhadores. Atualmente, as intervenções na área são orientadas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (BRASIL, 2012), cuja premissa é a atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Na década de 50, no Brasil, a terapia ocupacional (TO) no campo da saúde partia do foco na reabilitação dos indivíduos, dentre eles os trabalhadores, o que impulsionou a criação de diversos centros de recuperação, habilitação e reabilitação profissional. No entanto, o atendimento era voltado apenas para os trabalhadores contribuintes da Previdência Social, e também não era viabilizada a reinserção para o mercado de trabalho (LAMONATO et al., 2007).

Já nos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), década de 1980, o modelo de atenção era desenvolvido por equipes multiprofissionais formadas por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. Todos os recursos terapêuticos necessários constavam do interior do próprio serviço. O terapeuta ocupacional atendia a clientela do serviço, os trabalhadores amputados por acidentes de trabalho que ficavam em programa de reabilitação profissional visando ao retorno ou à reinserção ao trabalho (TAKAHASHI; IGUTI, 2008).

Segundo Soares (1991), a TO intervém no binômio trabalho-saúde assume, enquanto base fundamental, o caráter subjetivo/objetivo do trabalho como realização da capacidade humana e inserção do indivíduo na sua realidade material.

Watanabe e Nicolau (2001) revelam que os terapeutas ocupacionais brasileiros vêm desenvolvendo diversos trabalhos na área de saúde do trabalhador, exercendo



diferentes papéis (funcionários da empresa, consultor, assessor, prestador de serviços, parceiro e colaborador de pesquisa e intervenção) e atuando, basicamente, em quatro frentes: reabilitação, prevenção de doenças, promoção da saúde e promoção social, mas também na investigação das atividades laborais, condições, postos, organização e relações do trabalho, com o objetivo de prevenir doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Nos serviços públicos de saúde, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), as ações de TO estão articuladas com as demais ações de saúde em equipes multidisciplinares (LANCMAN; GHIRARDI, 2002), realizando atividades de assistência aos trabalhadores adoecidos ou acidentados no trabalho, traçando plano de atendimento individual ou grupal; vigilância em saúde do trabalhador, dos ambientes e condições de trabalho, utilizando recursos como a ergonomia da atividade; e educação em saúde e trabalho, com ações de capacitação junto à rede para auxiliar na supervisão para notificação dos acidentados do trabalho nas unidades de urgência/emergência dos territórios municipais.

Destaca-se que a TO passa a fazer parte do cenário não apenas da saúde do trabalhador como também da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), desenvolvendo ações essenciais na investigação, análise e intervenção relacionadas ao trabalho visando à promoção de saúde, bem como prevenção de agravos relacionados a acidentes e doenças ocupacionais (DALDON; LANCMAN, 2013).

Lancman e Ghirardi (2002) afirmam a importância da atuação de terapeutas ocupacionais na área de saúde do trabalhador, por ser um profissional altamente habilitado para tratar e prevenir os agravos nutridos pelas relações homem-trabalho intimamente associadas desde os primórdios da humanidade até a contemporaneidade.

As diversas políticas públicas, desde a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/90 até as Políticas Nacionais mais atuais, são conquistas sociais no campo da Saúde do Trabalhador e consideradas competências do SUS. Porém, nem sempre, as condições de trabalho decentes são um critério para a criação dessas políticas.

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (LACAZ, 2013). Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde fortaleceu ações do SUS relacionadas ao direito social e de cidadania, representando um marco na formulação de propostas desse setor, propostas que se consolidaram na Reforma Sanitária Brasileira. A perspectiva da promoção da saúde e prevenção dos riscos ocupacionais, como lógica da Saúde Pública, incorporou-se ao campo da ST a partir da criação do SUS (KARINO, et al., 2011).

Em 2005, ocorreu um momento marcante para a área, a 3ª Conferência



Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), com o título *Trabalhar Sim!, Adoecer Não!*, representando a participação dos três ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social) para discutir sobre o mundo do trabalho, seus impactos sobre a saúde e as relações interinstitucionais (NOBRE, 2013). Os reflexos desse momento, de certa forma, influenciaram as pesquisas e as discussões na área nos anos posteriores.

Em outro cenário, no ano de 2011, foi aprovada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011), buscando propor uma articulação entre os Ministérios da Saúde, Previdência e do Trabalho e Emprego. Segundo Nobre (2013), a PNSST aponta para uma importante revisão e reconfiguração das funções e papéis da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (Cerest), ao levantar a necessidade de inserção de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Renast não está mais restrita ao centro de referência. O Cerest continua sendo fundamental e, agora, como apoio técnico especializado para toda a rede, além de assumir o apoio técnico e especializado, auxílio para as vigilâncias em saúde, presente em cada município do país.

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) ou Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest's) surgiram no final do regime militar, com o crescimento dos movimentos populares e o fortalecimento dos sindicatos de trabalhadores. Os Cerest's surgiram em resposta à reivindicação dos trabalhadores e sindicatos e norteavam-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (LANCMAN; GHIRARDO, 2002).

Os diversos atores envolvidos com a saúde do trabalhador agem coletivamente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. Para isso, defendem uma abordagem interdisciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir para a transformação da sua realidade (LACAZ, 2013).

Os Cerest's são compostos por equipes com profissionais de diversas áreas, entre eles, o terapeuta ocupacional. Os terapeutas ocupacionais inseridos nessas equipes puderam ampliar sua prática para outros níveis de atenção, tais como: intervenção direta em situações de trabalho através de ações de vigilância, atendimento individuais e/ou em grupos de reflexão com trabalhadores portadores de doenças ligadas ao trabalho, mas que ainda se mantinham empregados (SIQUEIRA; QUEIROZ, 2001) ou ainda, na busca de alternativas para os que perderam o emprego. Essa ampliação do alcance de ações práticas trouxe para os terapeutas ocupacionais o desafio de buscar embasamento teórico em áreas nas quais o debate estava mais avançado.



A área de ST, pela complexidade de aspectos que envolve, é um dos campos mais interdisciplinares da saúde, com equipes compostas por profissionais de diversas formações, entre eles o TO. Essa profissão ao ingressar nessa área, acumulava experiências advindas da sua prática em saúde mental, na reabilitação física e profissional, e no uso de instrumentos para a análise de atividades, porém, focava somente aspectos clínicos da reabilitação profissional, não explorando a correlação entre o quadro clínico e o trabalho que o gerou. Sua experiência e ferramentas necessitavam ser aprimoradas para essa nova prática.

A terapia ocupacional sempre buscou a inclusão dos indivíduos no trabalho como objetivo da ação reabilitadora [...] os modelos de análise de atividades desenvolvidos procuravam adaptar e adequar indivíduos ao trabalho ou vice-versa, bem como adaptar máquinas e instrumentos para que aqueles portadores de deficiências, oriundas ou não do mundo do trabalho, pudessem trabalhar. Esta tradição de buscar compreender as relações indivíduo-trabalho herdadas do modelo da reabilitação, agora enriquecidas por outras teorias, passa por transformações e ganha uma compreensão mais coletiva da problemática. (LANCMAN, 2004, p. 79).

A ST não era tema de disciplinas de graduação nos cursos na área de saúde nem na TO. Dessa forma, quando os Cerest's foram criados, não era claro para os profissionais o seu papel - inovador em relação à formação recebida - que implicava em um novo enfoque centrado nas ações de ST e de VISAT e na promoção de transformações que conduzissem à melhoria das condições e situações de trabalho. As ações em VISAT demandam uma ação meticulosa capaz de captar e potencializar o saber dos trabalhadores das empresas investigadas, além de considerar o contexto em que estão inseridos.

Os terapeutas ocupacionais, ao alargarem seu campo de ação para a prevenção e para a intervenção em situações concretas de trabalho, começam a reconhecer no seu instrumental de trabalho e na sua experiência profissional a influência de diversos saberes que contribuem para o estabelecimento de um perfil profissional ímpar neste campo, quer seja pela sua experiência particular no uso e no estudo de atividades, quer seja pela maneira como apreende a complexidade e a singularidade dos indivíduos em sua relação com o trabalho (SIQUEIRA et al., 1996).

O trabalho possui importante valor na sociedade e na vida dos indivíduos fazendo com que o trabalho ocupe parte muito importante no cotidiano da pessoa. O trabalho determina, direta ou indiretamente, ao indivíduo, formas diferenciadas de adoecer e morrer. A qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação constante, visto que sua satisfação dependerá da capacidade de realização de todo seu potencial de imaginação, iniciativa e habilidades no trabalho. Assim como o trabalho pode trazer satisfação ao indivíduo, também pode ser fonte de adoecimento se não proporcionar



ao trabalhador adequadas condições de trabalho, podendo acarretar várias doenças ocupacionais.

Ao terapeuta ocupacional não compete realizar diagnóstico do paciente, mas os dados de sua avaliação e os dados da evolução clínica do impacto emocional da doença na vida desse trabalhador podem ajudar o médico especialista no diagnóstico, que pode ser diferente do inicial. Para reduzir os adoecimentos relacionados ao trabalho, é importante identificar os problemas relacionados às tarefas específicas e suas características individuais.

Só um olhar mais aguçado, a partir dessa conversa, pode tirar grandes proveitos para perceber como no encontro entre um usuário e um trabalhador está em jogo muita coisa, pois não é um simples encontro de diferentes, mas muitas vezes de mundos distintos, exigindo agires que possam operar de modo relacional e em simetria, como equivalentes, e não impositivamente, como de maneira geral acontece. [...] Só os que se colocam a serviço dessa aposta dos usuários, posicionam suas verdades como secundárias de uma outra mais importante: a defesa da vida nos seus vários planos de produção, ali nas apostas que o outro faz para se produzir. (MERHY, 2014, p. 96-97).

A intervenção Terapêutica Ocupacional se desenvolve através de atividades terapêuticas com enfoque educativo, preventivo, curativo ou reabilitador em uma abordagem individual ou grupal objetivando possibilitar a redução da fadiga, do cansaço, desgaste do trabalhador, acidente de trabalho e o absenteísmo. Também aumentar o conforto, a motivação, a produtividade, a rentabilidade e a satisfação com o seu trabalho, entre outros, utilizando como tratamento a ocupação, o que traz muitos benefícios aos indivíduos, como por exemplo, estimular seus interesses, seus pensamentos, suas reflexões, sendo esta uma forma de tratamento mais durável e eficaz, levando em conta, principalmente, as necessidades físicas, mentais e socioculturais de cada indivíduo.

Nos Cerest's, os terapeutas ocupacionais atendem, em sua maioria, portadores de doenças ocupacionais, principalmente de Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e de problemas de saúde mental, desenvolvendo atividades educativas voltadas para os trabalhadores. A experiência dos terapeutas ocupacionais, em atuações grupais, facilitou sua atuação junto a grupos de discussão com trabalhadores das empresas investigadas, complementares às intervenções de VISAT, e a promover processos de construção e reconstrução das relações do sujeito com o seu trabalho.

Os terapeutas ocupacionais participaram, ao longo desses anos, de projetos de intervenção e pesquisa em parceria com sindicatos de diversas categorias, com profissionais de outros serviços de saúde do trabalhador e com outros órgãos ligados



à Saúde do Trabalhador, acumulando experiência e conhecimentos globais. Por seu olhar biopsicossocial, tem um instrumental que lhe permite pensar sobre os reflexos do trabalho na vida dos indivíduos tanto no trabalho quanto fora dele.

Portanto, a prática da TO no cenário da saúde do trabalhador deve incluir ações que busquem a prevenção de doenças ou agravos advindos de atividades laborais, reabilitação dos indivíduos já adoecidos, dando atenção especial ao homem e às questões que permeiam a sua saúde, uma vez que as condições e a forma como é organizado o trabalho constituem fatores importantes na determinação do adoecimento, permitindo, ao trabalhador, a realização de uma tomada de consciência e conhecimento acerca de sua prática, possibilitando a realização de mudanças na sua relação com o trabalho que executa (LANCMAN, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os terapeutas ocupacionais iniciaram suas ações compondo a equipe multiprofissional nos serviços de saúde do trabalhador com o desenvolvimento de ações na promoção da saúde, atividades educativas, atuando na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. Em seguida, inseriram-se em atividades de vigilância epidemiológica, vigilância nos ambientes e processos de trabalho (VISAT), pesquisas, além de atendimentos em reabilitação de pessoas acometidas por agravos relacionados ao trabalho.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa foi constatada a carência de referenciais teóricos específicos sobre a atuação e inserção do terapeuta ocupacional na saúde do trabalhador. Diante disso, entende-se que para a área se consolidar e avançar na perspectiva do conhecimento, é importante que os terapeutas ocupacionais divulguem suas ações vinculadas a programas e serviços relacionados à área de saúde do trabalhador. A adoção dessa prática daria maior visibilidade, tendo em vista que a terapia ocupacional possui um campo de ação em expansão e grandes possibilidades de intervenções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF, 7 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 26 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da]**



República Federativa do Brasil, Poder Executivo, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BARTALOTTI, Celina Camargo; DE CARLO, Marysia M.R. Prado; et al. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON F^o, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

DE CARLO, Marysia M.R. Prado; LUZO, Maria Cândida de M. (Org.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Terapia ocupacional na vigilância em saúde do trabalhador. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 216-22, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55634/59095>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do trabalhador – rumos e incertezas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jul. 2016.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

DUNCAN, Adriana; et al. **Compreendendo e aplicando a Terapia Ocupacional: relatos de Experiências**. Porto Alegre: Conceito, 2004.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. 2a Edição revisada e atual. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

HAGENDORN, Rosemary. **Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2003.

JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Org.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

JUNQUEIRA, Taísa. **Trabalho, Saúde e Terapia Ocupacional: uma abordagem sistêmica**. 4^o Congresso Brasileiro de Sistemas. Outubro de 2008 Disponível em: <http://legacy.unifacef.com.br/quartocbs/artigos/H/H_115.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

KARINO, Marcia E.; MARTINS, Julia T.; BOBROFF, Maria C.C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: Avanços e desafios. **Revista Ciência**,



Cuidado e Saúde, v. 10, n. 2, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9590>>. Acesso em: 23 fev. 2016

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMONATO, B. C. et al. Terapia Ocupacional nas empresas. In: ENCONTRO CIENTÍFICO, 1., SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO, 1., 2007, Lins. **Anais...** Lins: Unisalesianos, 2007. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/cc33033646808.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016

LANCMAN, Selma (Org.). **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2003.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 44-50, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13895>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

LANCMAN, S. et al. Contribuições do estudo da subjetividade na análise e intervenção no trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 22-30, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13891>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

LANCMAN, S. et al. Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13909/15727>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

LANCMAN, S. et al. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 129-136, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13995>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

MEHRY, Emerson E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília)**, v. 14, p. 96-97, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde públ.**, S.Paulo, 25: 341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NEISTADT, Maureen; CREPEAU, Elisabeth Blesedell. **WILLARD & SPACKMAN:**



Terapia Ocupacional. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NOBRE, L. C. C. A política do possível ou a política da utopia? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 jul. 2016.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR – RENAST. Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador. **Informe de Saúde do Trabalhador**: notificações de agravos relacionados ao trabalho de 2007 a 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/recursos/informe-sa%C3%Bade-trabalhador-notifica%C3%A7%C3%B5es-agravos-relacionados-trabalho-2007-2014>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SANTOS, E. D. A.; RODRIGUES, K. V. S.; PANTOJA, A. M. Atividades grupais e saúde do trabalhador: uma análise terapêutica ocupacional. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 879-888, 2015 Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1138/675>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

SIQUEIRA, A. R.; QUEIROZ, M. F. F. Abordagem grupal em saúde do trabalhador. **Mundo Saúde (São Paulo)**, v. 24, p. 4, 2001.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1991.

SUMSION, Thelma. **Prática baseada no cliente na Terapia Ocupacional**: guia para implementação. 3. ed. São Paulo: Roca, 2003.

WATANABE, M.; NICOLAU, S. M. A Terapia Ocupacional na interface da saúde e trabalho. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 155-171.

WILLARD & SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



SAÚDE DO TRABALHADOR NAS PONTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): INTERVENÇÃO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Cristiane Saueressig¹
Karine Vanessa Perez²

INTRODUÇÃO

Neste artigo pretendemos mostrar algumas considerações a respeito da relação entre trabalho e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do município de Santa Cruz do Sul/RS, a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho (PdT) (DEJOURS,1994).

Iniciada por Dejours (1992), esta corrente teórica se embasa na descrição e conhecimento do sujeito com a organização do trabalho, possibilitando, assim, superar a ótica reducionista de que somente o indivíduo seria o responsável pelas consequências de seu adoecimento pelo trabalho. A PdT deu visibilidade à forma como o trabalho está organizado, enfatizando que tal organização é determinante na ligação entre saúde/doença e trabalho. Dejours (1992) enfoca que o aumento do sofrimento mental é diretamente proporcional à diminuição da liberdade de organização do trabalho.

Frente a isto buscamos compreender como o cotidiano de trabalho se relaciona ao sofrimento psíquico desses trabalhadores. Há muito temos observado a necessidade de escuta e um espaço de discussão, reflexão sobre o cotidiano laboral dos ACS, uma vez que percebeu-se a busca dos mesmos para atendimento psicológico junto a Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST). Assim, a psicologia, como tantas outras áreas da saúde, ocupa-se de estudar e pesquisar sobre a influência do trabalho no adoecimento psíquico, bem como das estratégias defensivas, coletivas e individuais para lidar com este cenário de adversidades e discriminação.

Ao longo dos anos as transformações no mundo do trabalho solicitam o acompanhamento dos trabalhadores, uma vez que, conforme Seligmann Silva (2011), elas acontecem, também, nas relações sociais de diferentes contextos: político, econômico e sociocultural. Das relações sociais que sofreram mudanças históricas, da escravidão até os dias atuais, a instabilidade e o subemprego são

1 Psicóloga / Umrest Santa Cruz do Sul.

2 Psicóloga/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



fatores explorados pela relação força/ capital e que geram desgastes psicofísicos e sociais de risco elevado à saúde mental dos trabalhadores. Mudanças iminentes na atual configuração do vínculo empregatício dos ACS, uma vez que deverão ser todos (as) concursados (as), ocasionam desconforto e um clima de insegurança, que ampara a falta de reconhecimento do seu trabalho. Na organização do trabalho, a condição de residir na mesma área de atuação associada às condições de trabalho são fontes que acarretam em uma sobrecarga do labor. Somado a isto está o estereótipo assistencialista, vários papéis desempenhado pela mulher na sociedade, que são maioria no cargo de Agente Comunitário de Saúde e, ainda, o sentido do trabalho como importantes fatores geradores de distúrbios psíquicos.

Assim, consideramos que, da mesma forma que alguns ACS se perceberam frente a uma situação de trabalho geradora de adoecimento e sofrimento e conseguiram buscar apoio, haja outros tantos trabalhadores (as) com as mesmas necessidades de escuta para refletir sobre a relação de sofrimento/trabalho. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao processo de trabalho de escuta desses profissionais, o qual envolve uma demanda de fatores psicológicos da comunidade e que necessita ter um sentido para, conseqüentemente, poder haver reconhecimento próprio e da comunidade.

Desse modo, a figura do ACS, frente ao trabalho em saúde, se faz de extrema relevância à medida que são cuidadores(as) e que para desempenharem suas funções com mais qualidade e saúde precisam ser cuidados (as). E, na objetividade de compreender como o cotidiano de trabalho dos (as) ACS se relaciona ao sofrimento psíquico dos mesmos, buscamos proporcionar condições para reflexão acerca de si mesmos (as) e de suas práticas, bem como de haver espaço para escuta e fala destes trabalhadores (as).

METODOLOGIA

O presente estudo, de natureza qualitativa, investigou como se dá a relação do trabalho com a saúde das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), do município de Santa Cruz do Sul/RS, a partir dos referenciais teóricos da Psicodinâmica do Trabalho (PdT). Com a metodologia da PdT criou-se um espaço de discussão e reflexão, em que os trabalhadores expunham seus sentimentos e opiniões sobre o contexto do trabalho, os quais são, muitas vezes, desencadeadores de sofrimento. A partir deste espaço de fala e escuta do trabalhadores refletimos sobre o sentido do trabalho e como este se dá no cotidiano. O foco de interesse se dá pela fala verbal do trabalhador, no grupo, possibilitando dar um sentido ao trabalho, a partir de questões coletivas.

A pesquisa de campo/exploratório, desenvolvida a partir da realização de grupos da PDT com os ACS, proporcionou uma discussão livre com a presença da pesquisadora. Isto é, criou-se um grupo de ACS, para maior aproximação



com as informações e conhecimentos dos sujeitos da pesquisa, que se consistiu na observação dos fatos, porém com objetivos preestabelecidos. Para isso foram realizados oito encontros, com duração de aproximadamente três horas, entre os meses de abril a maio de 2016. Durante os encontros, trabalhou-se questões de natureza subjetiva, organizacional, de gênero, social, econômica e cultural. Também discutiu-se sobre outros assuntos que emergiram a partir das necessidades do grupo.

A realização da pesquisa se deu junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da região do vales do Rio Pardo, Taquari e Jacuí (CEREST/VALES), devido a melhores condições estruturais e de acústica, promovendo melhor conforto e cumprimento ao sigilo profissional.

Participaram deste estudo dez ACS, com idades entre vinte e cinquenta e cinco anos, sendo um do sexo masculino e o restante do sexo feminino, com diferentes vínculos empregatícios e diferentes tempo de serviço. Os sujeitos da pesquisa são trabalhadores(as) vinculados a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), alfabetizados, com exigência de possuírem o ensino fundamental completo, residir na área da comunidade em que atuam e terem concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial e continuada para poderem executar atividades de prevenção e promoção em saúde, através do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O critério de seleção utilizado foi o sorteio, havendo uma exclusão, espontânea, por motivos de conflito interpessoal.

De posse da Carta de Aceite, pela coordenação do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e submissão do projeto a análise do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)- deu-se início aos encontros de grupo. Aos participantes foram esclarecidos os objetivos e método da pesquisa, bem como informados dos seus direitos ao participar da pesquisa, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por todos os integrantes do grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo traz os dados coletados no grupo, transcritos e analisados a partir da análise do discurso da PDT, que recomenda a compreensão dos dados a partir da fala dos trabalhadores e de grupos de reflexão, sobre as considerações a respeito de como se dá a relação entre sofrimento psíquico e o cotidiano de trabalho dos ACS. Iniciaremos com a ponderação a respeito da condição de residirem na comunidade que trabalham e dela se tornarem “reféns” para a execução de seu trabalho. Nesta configuração encontram-se, também, a organização e as condições de trabalho. Em subsequência, analisaremos os dados referentes ao esteriótipo assistencialista, que gera um sentido ao trabalho; a sobrecarga de trabalho, os vários papéis da mulher na sociedade e a relação interpessoal como fatores de risco para



sofrimento psíquico relacionado ao trabalhado.

Na proposta de atenção básica à saúde, o ACS é o personagem de destaque e o elo entre a comunidade e as ações de saúde, isto é, referência de troca de saberes popular e médico-científico, além de ser o único trabalhador a ter como requisito, para o exercício da atividade, residir na área em que atua. Esta organização do trabalho, em que o ACS é simultaneamente agente e morador, segundo Nunes et al. (2002), citado por Jardim e Lancman (2009), pode ser geradora de sofrimento e adoecimento mental, pois o trabalho se alicerça no contato direto e ininterrupto com a comunidade, baseando-se na confiança e na intimidade mútuas, podendo chegar ao ponto de haver um controle social sobre a vida particular dos ACS. Como exemplo, os ACS citam o fato de que a qualquer momento do dia ou da noite são acionados ou procurados para prestar atenção à comunidade, sem limites aos seus direitos ao descanso, privacidade e intimidade familiar.

Para Jardim e Lancman (2009), o trabalho do ACS se estrutura em uma relação de credibilidade com a comunidade, a qual se encontra fortemente associada à resolutividade. Esta credibilidade é construída e reconstruída num processo que envolve intimidade e confiança para que se possa executar o trabalho. Da mesma forma, o ACS acaba produzindo uma relação peculiar com os moradores de sua área de atuação e moradia, o que, por vezes, gera certa confusão de papéis relativos ao ACS trabalhador e, ao mesmo tempo, morador. Muitos usuários passam a entender a relação de trabalho como de amizade, o que ocasiona a sensação de compartilhar da privacidade do ACS, sem considerar isso como uma invasão. Segundo estes autores, por se tornarem depositários dos anseios da comunidade, anseios estes de resolutividade e assistencialismo, os ACS desenvolvem insuficientemente seu trabalho prescrito (de agente educador) o que acarreta em um trabalho real para além de suas atribuições. Ou seja, algumas das solicitações por resolutividade não se encontra ao alcance dos ACS, ficando dependente do sistema de saúde.

A questão da resolutividade faz parte da origem histórica do ACS, conforme Rosa (2012), quando em 1987 iniciaram com a profissão para dar conta de uma epidemia de cólera no nordeste brasileiro e passaram a entender que seu papel era de resolver os problemas. Este esteriótipo se disseminou e “contaminou” outras regiões, tão ou mais devastadas pela precariedade na saúde, e influenciou fortemente o papel a ser desempenhado.

Nessa visão, o trabalho prescrito e o trabalho real passam a se confrontar e acarretam em uma sobrecarga de trabalho, pois sentem-se na obrigação de corresponder aos dois papéis (DEJOURS,1992). O grupo se reporta ao modelo profissional de ACS como aquele que está sempre disposto a ajudar os outros e a dar conta da demanda. Como consequência, por não terem correspondido a demanda de resolutividade, a comunidade não percebe o trabalho prescrito (de educador) do ACS como produtivo, nem como trabalho, passando a desconsiderá-lo



e não reconhecê-lo no seu cotidiano. Esse não reconhecimento é um dos aspectos geradores de sofrimento psíquico, pois conforme Seligmann-Silva (1997) a identidade está intimamente ligada a identidade profissional, e a mesma pode ou não promover o reconhecimento social. Já para Dejours (2004), citado por Cremonese et al. (2013), a retribuição simbólica advindo do reconhecimento resulta poder de transformação do sofrimento em prazer.

Verificamos na análise dos dados, que os Agentes revelam-se em sofrimento quando seu trabalho não têm resolutividade, correspondendo a uma demanda assistencialista. No transcorrer dos depoimentos, os ACS trazem o quanto atender a demanda por assistencialismo trás sentido para o seu fazer profissional e, portanto, prazer no trabalho. Tanto que chegam ao ponto de não saberem como lidar, ou reconhecer, como trabalho, outra forma de realizar seu labor. Esta percepção se confirma quando dizem que ao entregar uma receita, ou agendar uma consulta o trabalho passa a ter sentido e a gerar satisfação e prazer. Da mesma forma, os ACS mantém a mesma relação, baseada na resolutividade e assistencialismo, com a gestão. No entanto, isso ocorre com o intuito de obter reconhecimento e sensação de seguridade empregatícia. Sobre isso trazem a demanda de organização festiva, participação em reuniões de última hora, contagem de cachorros na sua região de atuação, cobrança por metas e produção.

Trabalhar na sua própria área de residência exige manter uma relação de proximidade e envolvimento com as famílias, as pessoas, que acaba por transpor os problemas de forma a haver uma identificação com tais problemas. Quando em sua fala trazem que orientam a comunidade a viver mais em família, a abraçar e a elogiar os familiares, porém dão-se conta de que em seu próprio ambiente familiar não costumam ter essas atitudes. Com um envolvimento amparado pelo assistencialismo e a resolutividade, acabam por ter uma sobrecarga de trabalho que precisa dar conta do que está além de sua responsabilidade. Criando, assim, uma relação de sofrimento e prazer com o trabalho, pois à medida que correspondem à demanda da comunidade retratam o sentido do trabalho e o prazer no labor. Enquanto que, em relação à gestão, o sentido do trabalho, de ser o sustento de si e da família, corresponde à demanda da relação capital x trabalho. Esta relação com o trabalho estabelece uma troca entre o trabalho assistencialista e a aceitação e o reconhecimento do labor, tanto pela comunidade, quanto pela gestão. Tais solicitações do trabalho requerem o desenvolvimento de estratégias defensivas para lidarem com o sofrimento.

A respeito disso, Dejours (1992) refere que as estratégias defensivas visam modificar e transformar a percepção dos trabalhadores sobre sua realidade de sofrimento, que podem ser tanto individuais, quanto coletivas. Embora funcionem de forma estritamente mental e sem a modificação da realidade do problema, tornam-se regras duradouras até quando for de interesse individual e/ou coletivo. Do grupo percebe-se uma estratégia coletiva, à medida que é usada por todos do grupo, sendo



estas o deslocamento, a projeção e a proteção contra a violência. No deslocamento, segundo Kaplan e Sadock (1993), há uma transferência de emoções do objeto original para outro que tenha menor intensidade psíquica. Na prática, os ACS transferem à família suas angústias e preocupações, o que acarreta, algumas vezes, situações de conflito intrafamiliar. Já em relação à projeção, os mesmos autores explicam que são impulsos ou desejos inaceitáveis no sujeito, porém depositados no outro, com intuito de amenizar o seu sofrimento. Podemos apurar essa projeção quando referem “ver” no outro, um familiar ou a si próprio. Tais estratégias são vivenciadas coletivamente num processo de identificação, que aparece nos discursos, principalmente, em relação à organização do trabalho. Sob este aspecto outra estratégia coletiva a ser praticada diz respeito a sua proteção em relação à violência. Buscam unir-se em duplas para que “espantem” o medo e sintam-se mais seguros (as) ao fazer seu trabalho nos ambientes de alta periculosidade. Mais uma vez o trabalho prescrito precisa ser burlado para poder lidar com um dado de realidade, que é desconsiderado nos requisitos da profissão, mas, pode ser um empecilho para execução da tarefa a ser prestada.

Ainda sobre o assistencialismo, referem que culturalmente ao realizarem o trabalho real, em prol do prescrito, estão fadados a sempre ter de fazê-lo, caso contrário correm o risco de serem ignorados e desmerecidos pela comunidade. Nessa perspectiva voltam a trabalhar pela demanda da população e da gestão para poderem dar sentido ao seu fazer profissional. Sentido esse que o trabalho trás na medida que garante o sustento e posição social, correspondendo a demanda capital x trabalho.

Das metamorfoses nas configurações do mundo do trabalho, Antunes (2005) faz referência à dialética que se apresenta na contemporaneidade do trabalho ao comentar sobre a alienação que vive o trabalhador quando seu labor assume seu sustento e não mais a condição para sua existência. Como consequência há a desrealização do ser social, que quanto mais valores cria, menos dignidade e validade tem, dada a falta de sentido ao trabalho. Antunes (2005, p.70) cita:” [...] sob o capitalismo, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega.” Acrescenta que, se o trabalho possui sentido até mesmo o ócio poderá humanizar e emancipar o ser social que o processo do capital aliena. O desafio está em compreender essa nova morfologia do trabalho, regida pelo capital, em que tanto o laço de formalidade, como de informalidade, seguem uma conversão de gerar mais-valor, sem a preocupação de que sejam atividades intelectuais ou manuais (ANTUNES, 2004). Dessa maneira, a nova morfologia do trabalho amplia o labor invisível, mas ao mesmo tempo gera novos mecanismos de valor e acaba se utilizando de novos e velhos mecanismos de intensificação e/ou exploração do trabalho. Nisso percebemos o velho mecanismo assistencialista excessivamente sendo utilizado para dar sentido ao trabalho. Enquanto que o trabalho prescrito passa



desapercebido, invisível perante a comunidade.

Ainda sobre a sustentabilidade, Antunes (2005) descreve que a atual classe trabalhadora, século XXI, é fragmentada, heterogênea e diversificada, em que se constata a perda de direitos e sentidos do trabalho, devido a força destrutiva do capital. O que percebemos é que os direitos ao descanso, lazer, cumprimento do que, apenas, é acordado ficam comprometidos em prol da manutenção do sustento e status social, que são “privilégios” concedidos pelo capital. Por outro lado, surge a instabilidade no emprego como mais um agravo que repercute na saúde dos ACS. Nas atuais conjunturas, o município de Santa Cruz do Sul reorganizou o vínculo empregatício dos ACS, substituindo os atuais contratados por pessoal concursado. Nesse processo é desconhecido o momento do desligamento. Tal situação provoca um clima de instabilidade e insegurança no grupo, que refere preocupação com a demissão, uma vez que se deparam com a atual crise financeira e a discriminação quanto à idade. Sendo assim, percebe-se que a atual configuração do mundo do trabalho se mostra fragmentada, discriminatória e estratificada pelo processo do capital.

Dessa maneira, promovendo uma reflexão sobre o processo de trabalho, proposta pela (PdT), alcançamos e mostramos a importância de o trabalhador poder apropriar-se do seu trabalho, mas também do sentido que dá ao mesmo, a fim de que o labor se torne fonte de saúde e prazer.

Dentre os fatores levantados pela pesquisa surgiu também o papel da mulher na contemporaneidade. A mulher no papel de esposa, mãe, amiga é reconhecida na mulher profissional ACS, pois ambos os papéis desenvolvem-se a partir do cuidar. Nesse processo, as nove mulheres integrantes do grupo encontram-se identificadas com algumas situações da comunidade e assistem a ela como se fosse um familiar. Tal processo pode favorecer o vínculo, mas também pode ser desencadeador de sofrimento, pois passam a sofrer pelo outro, o que gera dor, angústia e ansiedade. Nesse sentido vivenciam um sofrimento à medida que precisam se desafiar e superar a barreira cultural a respeito do papel da mulher na sociedade.

Quanto à ansiedade, Dejours (1992, p. 78) acrescenta que, entre os vários tipos de ansiedade e suas relações com o trabalho, aquela relativa à degradação do organismo resulta do risco iminente sobre a saúde física. “[...] nas condições de trabalho é o corpo que recebe o impacto, enquanto que na organização do trabalho o alvo é o funcionamento mental” Nesse sentido, estando as atuais configurações do trabalho organizadas e sob condições que envolvem residir na área de labor, diferenças significativas de idade, de vínculo empregatício, instabilidade social e econômica, influência cultural sobre o papel de ser mulher, entre outros, a ansiedade se apodera da mulher desejante não deixando “espaço” para seu discurso ou manifestação e como estratégia defensiva deslocam seus sentimentos para seu meio familiar. Frente a esta situação Merlo (2014, p.18) acrescenta que “as pessoas pensam não apenas



durante o tempo de trabalho, mas elas levam isso para casa. Assim, elas envenenam a sua vida e a existência de sua família, de seu cônjuge, de seus filhos.”

A respeito das relações interpessoais, no trabalho, os Agentes dizem vivenciar um ótimo vínculo e aceitação com a coordenação e entre o grupo que se formou a partir deste estudo. Merlo (2014) se refere a relação com o trabalho ser formada na relação com o outro e que a expectativa se centra no reconhecimento do seu trabalho pelo outro, nesse processo as pessoas trabalham pelo reconhecimento, que ocasiona um impacto psicológico ligado a uma percepção de habilidade que lhe permite apropriação da qualidade do seu trabalho. Acrescenta, ainda, que nesse reconhecimento o indivíduo se transforma através do olhar do outro e da sociedade como alguém que cresce, se desenvolve, avança. Sobre isso cita: “[...] pelo reconhecimento do outro, aquela pessoa adquire um status melhor do que o que tinha antes” (Merlo, 2014, p. 18). No entanto, ao relatarem preocupação com a visão de saúde, priorizada pela quantidade, veem seu trabalho comprometido, uma vez que lidam diretamente com a qualidade. O que acarreta numa percepção de menos valia e de não reconhecimento. Citam o exemplo das visitas domiciliares, que demandam tempo, atenção ao usuário e estratégias de ação, as quais não são mensuráveis. Esta visão sobre saúde pode comprometer o trabalho prestado na comunidade e desencadear sofrimento aos ACS, pois seu trabalho de comprometimento e dedicação ficam prejudicados e sem sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante a análise dos dados coletados durante o estudo da pesquisa, com foco na compreensão de como se dá a relação entre o trabalho e o sofrimento psíquico dos ACS, nos remetemos a uma constituição de fatores relacionados ao tema.

Entendemos que a organização do trabalho é um fator envolvido no adoecimento/saúde dos trabalhadores, pois dependendo do seu arranjo poderá limitar a capacidade de criação e pensar do trabalhador, o que está intimamente ligado ao adoecimento psíquico, como também, o inverso, quando poderá ser fonte de prazer e satisfação. Nesse pensamento, com apoio da PdT, verificou-se várias formas de adversidades, como: o requisito de residir na área de atuação, as diferenças entre trabalho prescrito (educador) x trabalho real (assistencialista), o não reconhecimento profissional, a mescla do papel da mulher na contemporaneidade com o papel de Agente Comunitária de saúde, sendo estas considerações geradoras de sofrimento psíquico relacionadas ao trabalho.

Podemos compreender que, diante da carga psíquica resultante da relação com o trabalho, o ACS necessita desenvolver estratégias defensivas para lidar com o binômio sofrimento/prazer no trabalho. Tais estratégias refletem uma peculiaridade e uma coletividade construída para consentir o cumprimento do seu



dever. Concomitantemente são ações que podem transformar ou amenizar a dor da realidade vivida no trabalho. No entanto, para isso, a sequência desses encontros são solicitados e referidos como espaços de troca, apoio e reflexão de seus fazeres profissionais, os quais, em grupo, ficam fortalecidos, revigorados e têm surtido efeitos terapêuticos, na medida que ocasionaram uma reorganização intrapsíquica de alguns membros e, no coletivo, mostram estes espaços como uma estratégia para lidar com o sofrimento e re-significar o trabalho.

Considerando os ACS como profissionais da ponta Sistema Único de Saúde, que, por sua importância para a comunidade e para a saúde pública, necessitam de um olhar para sua saúde mental, é que recomendamos o prosseguimento desse suporte psicológico ao grupo, como apoio psíquico frente às adversidades das transformações do mundo do trabalho, bem como, a sugestão de formação de outros grupos, seguindo este viés.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.** Campinas, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.

ANTUNES, Ricardo L.C. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2005.

CREMONESE, G. R.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2016.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho/** Christopher Dejours; tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. – 5. ed. ampliada – São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho /** Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet: coordenação Maria Irene Stocco Betiol;/tradutores Maria Irene Stocco Betiol.../ et al. São Paulo: Atlas, 1994.

JARDIM, T. de A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 259-268, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011>. Acesso em: abr. 2016.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais – Psiquiatria Clínica.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MERLO, A. R. C. (Org.). **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos relacionados ao trabalho.** Porto Alegre: Evangraf, 2014.



ROSA, A. J.; BONFANTI, A., L.; CARVALHO, C. de S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 21, n.1, p.141-152, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

SELIGMANN - SILVA. **Trabalho e desgaste mental:** o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.



ACIDENTES DE TRABALHO: ESTUDO BIBLIOGRÁFICO DA REALIDADE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luciana dos Santos Puhlmann¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

INTRODUÇÃO

O número de acidentes de trabalho no Brasil aumentou na última década. Esta situação causa grande impacto no orçamento da Previdência Social e os números podem ser muito maiores do que os divulgados, porque além das subnotificação nas atividades de trabalho formal, existem os acidentes de trabalho nas atividades informais não considerados (ZINET, 2012). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o Brasil está em quarto lugar no mundo em número de acidentes de trabalho (ONU-OIT, 2014). Os acidentes de trabalho com registro no instrumento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o número de acidentes sem CAT aumentou entre 2010 a 2013. Para o Ministério da Previdência Social, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional (BRASIL, 2015). Dados do Ministério da Previdência Social e do Tribunal Superior do Trabalho apontam que o total de acidentes na área da saúde, foi de 63.306 em 2011, 66.773 em 2012, 70.602 em 2013 (BRASIL, 2016).

Pesquisas relevam que os trabalhadores da área de saúde estão constantemente expostos a situações de risco, seja pelas condições e tarefas inerentes à profissão, bem como à saúde mental afetada pelo envolvimento desses profissionais com a situação e vida da clientela de suas relações de trabalho (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde são importantes para a orientação do modelo de assistência à saúde no país. Sendo assim, torna-se necessário conhecer os riscos à saúde originados pelo seu trabalho, tipos de acidentes de trabalho e motivos das subnotificações ou não notificações dos acidentes de trabalho desses profissionais. Dados do Sistema de Análise de Negócios – SAN (PROCERGS, 2016), no período entre 2005 a março/2016, no Estado do Rio Grande do Sul mostram que ocorreram 345 acidentes de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde.

1 Enfermeira / Prefeitura Municipal de Sobradinho.

2 Enfermeira/Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



Esta pesquisa realizada através de revisão integrativa de literatura pretende contribuir com informações sobre os riscos e acidentes de trabalho sofridos pelos ACS e conseqüentemente com os estudos sobre as causas e os fatores que levam este profissional a sofrer acidentes de trabalho.

O SUS E A ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado em 1990 pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” é um sistema que atribui competências ao governo federal, estados e municípios (BRASIL, 1990a). E a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determinou a participação da comunidade na gestão do SUS através dos Conselhos Federal, Estadual e Municipal de Saúde (BRASIL, 1990b).

No SUS, o governo federal é o principal financiador da saúde pública no Brasil, enquanto os estados e os municípios implementam as ações determinadas pelas políticas formuladas neste sistema, sendo os municípios responsáveis pela saúde pública da sua população (BRASIL, 2006).

Segundo o Portal da Saúde do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa, “a reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica [...]” amplia a solução dos problemas de saúde das comunidades com custo reduzido para os municípios (BRASIL, 2016).

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) foi criada oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi instituído e regulamentado em 1997 com a implantação do SUS nos municípios em todo país. O Agente Comunitário de Saúde “é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce” (BRASIL, 2009, p. 24).

Os riscos ocupacionais são classificados pelo Ministério do Trabalho e Emprego como: riscos de acidentes, riscos ergonômicos, riscos físicos, riscos químicos e riscos biológicos. Os riscos de acidentes são indicativos de situações de vulnerabilidade laboral que podem afetar a integridade, o bem estar físico e psíquico do trabalhador. Riscos ergonômicos são aqueles que podem provocar danos físicos e outros danos decorrentes deste, como os provocados por levantamento de peso excessivo, o excesso de trabalho e trabalho repetitivo, trabalho muito monótono, postura inadequada e/ou mobiliário inadequado. Os riscos físicos são os provocados por



diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores tais como o ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não ionizantes, vibração, entre outros. Riscos químicos são os provocados por substâncias, compostos ou produtos que podem penetrar no organismo do trabalhador pela pele, ingestão ou respiração. Os riscos biológicos podem ser provocados por bactérias, vírus, fungos, parasitas, entre outros (BRASIL, 1995).

O ACS é um profissional que está diretamente vinculado a casos e situações de doenças e carências sociais. Em função de assumir a responsabilidade pela saúde dos membros da sua comunidade, muitas vezes acaba se sentindo frustrado, frágil, impotente e incapaz diante de determinadas situações, comprometendo em muito sua saúde e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura. Propõem-se nesta pesquisa a utilização das seis etapas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011). Na primeira etapa procede-se a identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, a definição do problema. Na segunda etapa o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos e na terceira etapa, a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados. Na quarta etapa, a catalogação dos estudos selecionados e na quinta etapa, a análise e a interpretação dos resultados. A sexta etapa consiste na apresentação da revisão sistemática, ou seja, a descrição dos resultados da análise integrativa da pesquisa.

O processo de pesquisa das fontes científicas publicadas em formato de artigo obedeceu à segunda etapa do processo de pesquisa revisão sistemática integrativa, com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos e da terceira etapa com a identificação dos estudos, a pré-seleção e a seleção. A busca foi realizada no portal de periódicos da CAPES.

O estudo foi realizado com a seleção de artigos de fontes primárias publicados no período de 2006 a 2016. A busca e a seleção foram realizadas em julho de 2016 no portal de periódicos da CAPES. A seleção utilizou as seguintes combinações de descritores “acidentes”, “acidentes de trabalho”, “Agentes Comunitários de Saúde”, “riscos no trabalho” e “riscos ocupacionais”.

Na quarta etapa os artigos selecionados foram categorizados através do instrumento de coleta de dados. Utilizou-se um formulário com informações básicas sobre o artigo como: título, autores, resumo, periódico da publicação, ano de publicação, métodos (tipo de pesquisa, amostra, local da pesquisa, método de análise), objetivo, resultados para riscos e acidentes.

Foram encontrados 4126 artigos, cinco (5) artigos onde a amostra de sujeitos é



constituída de ACS e oito (8) que incluem os diversos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, entre eles, o ACS referindo-se a fatores de riscos e acidentes ou a qualidade de vida da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Alguns não apresentam resultados individualizados por profissional, também artigos com amostra constituída pelos profissionais da ESF excluindo o ACS. A busca trouxe também artigos de revisão de literatura e revisão sistemática e, por isso foram desconsiderados, também artigos relacionados aos agentes comunitários de saúde que não atendem aos objetivos desta pesquisa foram desconsiderados.

Quadro 1 – Número de artigos de acordo com o descritor

Descritor	Nº de artigos encontrados
Acidentes	1658
Acidentes de trabalho	738
Agentes comunitários de saúde	508
Riscos no trabalho	923
Riscos ocupacionais	299
TOTAL	4126

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Pode-se considerar que existem poucos estudos específicos sobre os riscos e acidentes de trabalho com ACS. Embora o ACS seja um elemento importante para a estratégia da saúde pública no Brasil, agindo na prevenção de doenças, pouco é considerado com relação a sua saúde física e psíquica, conquanto sejam pouco conhecidos os fatores de risco desta profissão. Assim como os demais trabalhadores do país, é alto o número de acidentes de trabalho não comunicados, e ainda é pouco usada a prevenção dos riscos ocupacionais no Brasil.

Conforme Almeida, Torres, Santos (2012), são poucos os estudos referentes a riscos e acidentes de trabalho na atenção básica de saúde, quase todos recentes e realizados através de revisão bibliográfica. Apontam que pela falta de estudos específicos na atenção básica de saúde, geralmente os riscos citados são os mesmos relacionados aos profissionais da área hospitalar.

Na pesquisa de Resende et al. (2011), a *Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil)*, publicada no Periódico Ciência & Saúde Coletiva, 01 abril 2011, v. 16(4), p. 2115-2122, sendo a amostra da pesquisa 116 ACS do Programa Saúde da Família (PSF) nos bairros Canaã, Morada Nova, Jardim das Palmeiras, São Jorge e Laranjeiras, em Uberlândia (MG), avaliou a saúde mental dos ACS. Este estudo mostra o grau moderado de



ansiedade, entretanto, os ACS relataram problemas de saúde e utilizam “estratégias de controle” para “manter a saúde mental”. Apresentou como resultado:

A maioria dos ACS apresentou grau de ansiedade moderado e saúde mental positiva e relatou ter vivenciado poucos eventos estressantes no último ano, embora a maioria tenha tido problemas de saúde. O fato de estarem presentes níveis de ansiedade, mesmo moderados, sugere uma provável interferência de características específicas da profissão. Entretanto, o fato de a pessoa identificar subjetivamente a ansiedade e classificá-la em um determinado nível pressupõe que esteja usando estratégias de controle, fato esse que auxilia a manter a saúde mental. (RESENDE, 2011, p. 1).

Conforme Almeida, Torres e Santos (2012), os trabalhadores da área de saúde estão constantemente expostos a situações de risco, seja pelas condições e tarefas inerentes à profissão, bem como à saúde mental afetada pelo envolvimento desses profissionais com a situação e vida da clientela de suas relações de trabalho.

Na pesquisa de Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) intitulada *Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde*, publicada na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, maio 2013, v.18(5), p.1375(12), cujo método é um coorte prospectiva, realizado com 316 Agentes Comunitários de Saúde do município de Jequie, Bahia e teve o objetivo de analisar a associação dos fatores sociodemográficos, ocupacionais, comportamentais de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde apontou as relações sociais do trabalho, a pressão psicológica, os riscos físicos e o meio ambiente como agentes de risco e que estes diminuem a qualidade de vida dos ACS. A pesquisa apontou como resultado que

dos 316 ACS estudados, a maior parte era do sexo feminino (84,5%); sendo que a média de idade foi de 39,02 (\pm 9,19) anos, união estável (69,0%), nível médio completo ou incompleto (79,1%), nível superior completo ou incompleto (14,6%), e fundamental (6,3%). A renda familiar mensal obteve média de 1.358,40 (\pm 915,88) reais. O tempo de trabalho como ACS variou de 2 a 14 anos, com média de 8,91 (\pm 4,79) anos. A maioria dos sujeitos trabalhava na zona urbana (74,7%), sendo que o número de famílias cadastradas variou de 25 a 283, com média de 119,45 (\pm 42,44) por agente de saúde. A maior parte dos ACS não realizava outra atividade remunerada (76,6%). Aspectos psicossociais do trabalho - 29,1% pertenciam ao grupo de baixa exigência, seguido pelos grupos alta exigência (27,8%), trabalho ativo (26,6%), e trabalho passivo (16,5%). Comportamentos de risco, 83,5% dos indivíduos nunca fumaram, 61,4% não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica, e 62,3% apresentavam prática de atividade física suficiente. Dor músculo esquelética nos últimos sete dias foi de



84,8% entre os indivíduos pesquisados. Na análise subjetiva sobre a satisfação dos ACS com sua própria saúde, observou-se um elevado percentual de sujeitos com satisfação negativa (58,9%). Em relação à qualidade de vida pode-se observar que o domínio relações sociais obteve o escore médio mais alto (76,90), seguido pelo psicológico (74,33), físico (64,04) e, por último, o meio ambiente (47,45). (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013, p. 1).

O trabalho do ACS “[...] tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. [...]” (BRASIL, 2009, p. 24). Segundo Almeida, Torres e Santos (2012) os riscos que mais afetam os profissionais da atenção básica de saúde são os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psicossociais. Pelos riscos que o ACS possuem, torna-se necessário maior preocupação do Estado com a qualidade de vida deste profissional.

Martines e Chaves (2007), na pesquisa *Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família*, publicada na Revista da Escola de Enfermagem da USP, 01 setembro 2007, v. 41(3), p. 426-433, apresentam um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado com grupo de 12 ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de São Paulo, SP. Teve o objetivo de investigar as representações e as significações que um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) possui acerca das vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho a que estão expostos, assim como as próprias manifestações deste sofrimento ao desempenharem suas ações relativas ao Programa de Saúde da Família (PSF) e assinalam “carga psíquica do trabalho”, “psicodinâmica do trabalho”, e um grande número de variáveis no processo de trabalho do ACS que influenciam nos riscos para acidentes e para a saúde mental deste trabalhador.

Os achados mostram a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento, gerada principalmente pela idealização idealizada da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho, já que este profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance, que inclui as limitações do modelo assistencial proposto pelo PSF. (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 1).

Kluthcovsky et al. (2007) apresentam o artigo *Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida*, publicado em Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 01 agosto 2007, v. 29(2), p.176-183. A pesquisa é um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, que teve como amostra um grupo de estudo composto por 169 ACS (86,2% do total) de um



município do interior do Estado do Paraná, que responderam ao questionário para avaliar qualidade de vida, proposto pela Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization Quality of Life Instrument Bref*) e também utilizaram “testes de correlação e regressão linear multivariada. O nível de significância adotado para as análises foi de 5%”. O objetivo foi de analisar a qualidade de vida dos ACS baseados em “domínio” físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, também investigar dados sociodemográficos. A pesquisa obteve como resultado e conclusão:

Das variáveis sociodemográficas analisadas, nenhuma contribuiu de modo significativo para o domínio geral da qualidade de vida. Para os quatro domínios, o que mais contribuiu para a qualidade de vida geral foi o físico, seguido do psicológico e do meio ambiente, os três explicando 47,9% da variância. O domínio das relações sociais não contribuiu significativamente para a qualidade de vida geral.

Observou-se que a variância da qualidade de vida geral não foi completamente explicada pelas variáveis sociodemográficas e pelos domínios da qualidade de vida. Assim, maior atenção deve ser dada pelos pesquisadores aos diferentes modos de entender qualidade de vida, em especial valorizando métodos de pesquisa e avaliação interdisciplinar. (KLUTHCOVSKY, 2007, p. 1).

Segundo Almeida, Torres e Santos (2012) o mais frequentemente abordado em estudos é o risco psicossocial, sendo o “estresse, a sobrecarga mental, a sobrecarga de atividades, o rígido controle do tempo, a forma como o setor é organizado, a falta de materiais e equipamentos adequados,” além dos problemas de convivência em equipe, da pressão da comunidade pela falta de compreensão sobre a proposta preventiva de assistência à saúde, a ansiedade e os problemas sociais, como a violência que afeta a maioria das comunidades assistidas. Entre os riscos psicossociais, foi citada também a violência pela localização da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e pelas atividades desenvolvidas pela equipe nas periferias tidas com altos índices de violência decorrentes do narcotráfico. Também citado a precarização do trabalho, o tipo de vínculo empregatício, salários.

Além dos artigos cujo objetivo foi de identificar os riscos psicossociais e a qualidade de vida dos ACS, encontrou-se um artigo com avaliação de risco biológico para estes profissionais (ACS)

A pesquisa de Moreira, Zandonade e Maciel (2010) tem como título é *Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde* do tipo coorte prospectiva e foi publicada na Revista de Saúde Pública, 01 abril 2010, v. 44(2), p. 332-338. Realizada com 61 agentes comunitários, divididos em não expostos (n=37) e expostos (que acompanharam pacientes com tuberculose, n=24) do município de Cachoeiro de Itapemirim, ES. Teve o objetivo de estimar o risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde envolvidos no controle da doença, realizados com 61 ACS do



município de Cachoeiro de Itapemirim, ES. Os resultados e conclusões mostraram que:

[...] A incidência da viragem foi de 41,7% no grupo dos expostos e 13,5% no grupo dos não expostos. O risco anual de infecção foi de 52,8% no grupo dos expostos e de 14,4% no grupo dos não expostos ($p= 0,013$). Observou-se associação entre viragem tuberculínica e exposição a paciente com tuberculose (RR= 3,08; IC 95%: 1,201;7,914).

[...] Os agentes que acompanharam pacientes com tuberculose em suas rotinas de serviço apresentaram risco de infecção maior que aqueles que não acompanharam pacientes com essa doença. A implementação de medidas administrativas de biossegurança de rotina, entre as quais a prova tuberculínica, devem ser priorizadas, considerando o alto risco de infecção tuberculosa entre os agentes comunitários de saúde. (MOREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2010, p. 1).

Segundo Almeida, Torres e Santos (2012), estudos revelam que existem riscos dos profissionais da ESF ao realizarem alguns procedimentos ambulatoriais de coleta de material biológico e também pelo contato ou proximidade de pacientes com doenças contagiosas como a tuberculose e hanseníase que ocorre também com os ACS.

Alguns riscos podem ser considerados para todos os profissionais da ESF e, nesse caso, as pesquisas incluem em suas amostras todos os profissionais dessas unidades de saúde. Neste estudo, além dos artigos cuja população/amostra foram os Agentes Comunitários de Saúde relatados anteriormente, encontrou-se oito (8) artigos de pesquisas realizadas com os profissionais das Unidades de Saúde da Família incluindo na amostra os ACS. Segue a descrição desses artigos e os resultados apontados para os riscos e acidentes com ACS em cada pesquisa.

O artigo de Siqueira Julio, Filardi e Marziale (2014) intitulado *Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais*, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, 01 janeiro 2014, v. 67(1), p.119-126, apresenta um estudo descritivo, transversal que foi realizado através de consulta ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 50 municípios do sul do Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2007-2011. Teve o objetivo de “identificar o perfil dos acidentes com exposição a material biológico ocorridos em Minas Gerais”, os resultados mostram que cinco (5) acidentes foram notificados para ACS sem especificar o tipo de acidente.

A pesquisa *Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR* de Spagnuolo, Baldo e Guerrini (2008) publicada na Revista Brasileira de Epidemiologia, 01 junho 2008, v. 11(2), p. 315-323. Consiste em um estudo retrospectivo descritivo,



com abordagem quantitativa. Foi realizada com a análise de 253 fichas de notificação de acidentes com material biológico constantes do arquivo de janeiro a dezembro de 2006, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Londrina-PR. A pesquisa teve como objetivo “analisar a distribuição dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico” em profissionais da área da saúde. Os resultados mostram que houve três (3) ACS acidentes com material biológico (1,2% do total de acidentes) para o local e período especificados.

O risco com material biológico é comprovado pelos dados do Sistema de Análise de Negócios – SAN (PROCERGS, 2016) onde houve a notificação de 6 acidentes sofridos por ACS pela exposição a material biológico.

O artigo *Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais*, de Assunção et al. (2012), publicado na Rev. Saúde Pública, v. 46 n. 4, São Paulo, agosto 2012 Epub, 26 junho 2012, trata de um estudo transversal realizado com 1.808 trabalhadores da saúde do setor público de Belo Horizonte, MG, em 2009. Teve como instrumento de pesquisa um questionário autoadministrado. O objetivo foi o de identificar fatores associados à vacinação contra hepatite B em trabalhadores da saúde. O resultado para os ACSs foi de 15,9% de não vacinados contra a hepatite B e 84,1% de vacinados, isso mostra que alguns ACS correm risco biológico para a hepatite B.

Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil é o artigo publicado por Knuth et al. (2015), na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, v. 20(8), p. 2481(8). É um estudo descritivo transversal realizado com 138 Agentes Comunitários de Saúde e os 119 trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, RS, Brasil. Teve por objetivo verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e Depressão entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os resultados para os ACS mostraram que 48,6% para os transtornos mentais comuns e de 29,0% para depressão.

O artigo *Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família*, de Silva Pereira et al. (2014), publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, Feb, 2014, v. 19(2), p. 461(8) é um estudo transversal, com questionários autoaplicáveis realizado com 1.731 trabalhadores em 204 unidades básicas de saúde, Equipes de Saúde da Família (ESF) da macrorregião nordeste de Minas Gerais, sendo 848 ACS, com o objetivo de descrever o padrão de morbidade autorreferida por estes trabalhadores. Os problemas de saúde apontados pelo total de pesquisados, incluindo os ACSs foram os do sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso, estes representam 50% dos problemas de saúde relatados pelos pesquisados.

A pesquisa *Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família* de Camelo e Angerami (2008) trata de um estudo



do tipo exploratório de abordagem qualitativa, realizado através de entrevista com 24 trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) das unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2005. Teve como objetivo identificar e analisar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para gerenciar os riscos psicossociais presentes no ambiente de trabalho. Os resultados indicam que os trabalhadores usam como estratégias para controlar os riscos psicossociais e aliviar o estresse do trabalho, os exercícios físicos, a religião e o cinema.

O artigo *Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil* de Cezar-Vaz et al. (2009), publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, 01 dezembro 2009, v.17(6), p. 961-967 é um estudo analítico de abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas com 48 sujeitos (13 enfermeiros, 10 médicos, 12 auxiliares de enfermagem e 13 agentes comunitários de saúde), de 13 ESFs, do município de Rio Grande, RS, tendo como objetivo identificar a percepção dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família sobre os riscos aos quais estão expostos no trabalho. Os entrevistados apontaram a violência física e moral, acidente típico de trabalho, desgaste emocional, a impotência para resolver os problemas que ocorrem na comunidade onde trabalham e doença relacionada ao trabalho como riscos laborais. Dois (2) ACS apontaram acidente de trabalho típico, as características socioambientais do território próximo às Unidades de Saúde da Família, como as cercas elétricas, cachorros, cavalos e animais peçonhentos, doenças parasitárias (bicho de pé, carrapato) como fatores de risco, também cinco (5) ACS apontaram as “doença relacionada ao trabalho” e risco de desgaste emocional, condições precárias de vida das comunidades.

A pesquisa *O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença*, de Shimizu e Carvalho Junior (2012), publicada na revista Ciência & Saúde Coletiva, 01 setembro 2012, v. 17(9), p. 2405-2414 usa o método descritivo-transversal, onde a amostra foi constituída por 243 trabalhadores da ESF do Distrito Federal, 139 agentes comunitários de saúde, 47 auxiliares de enfermagem, 41 enfermeiros e 11 médicos. O estudo teve como objetivo analisar a percepção dos trabalhadores da ESF quanto ao seu processo de trabalho e suas repercussões no processo saúde-doença. Foram avaliados 31 contextos de organização do trabalho: condições de trabalho e relações socioprofissionais; 31 itens de avaliação relacionados aos custos humanos do trabalho: Custo físico, Custo cognitivo, Custo afetivo e, como avaliação da vivência do prazer-sofrimento, 32 itens: a realização profissional, a liberdade de expressão, esgotamento profissional e a falta de reconhecimento. Os resultados foram apresentados no conjunto dos pesquisados e apontam as “precárias condições de trabalho e as exigências específicas dos cuidados das famílias e das comunidades em seu território que provocam desgastes intensos, apontando a necessidade de aprimoramento da sua gestão” (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 1).



Os cinco artigos analisados com amostra exclusiva inclusiva para ACS e os oito artigos analisados para amostra da equipe ESF apontam riscos de acidentes físicos, psicossociais e biológicos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os artigos selecionados com o objetivo de investigar os riscos, as causas e fatores que originam os acidentes no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, constatou-se que os fatores de riscos no trabalho dos ACS são principalmente os decorrentes de fatores psicossociais inerentes a sua atividade que geram as doenças psicológicas. A convivência na comunidade, os problemas sociais e econômicos, a violência e os problemas de saúde observados diariamente, conjuntamente com a pressão da comunidade por solução de seus problemas, do gestor por resultados e o relacionamento afastado com os demais membros da ESF levam o ACS a uma carga de estresse muito grande, com alto grau de ansiedade, favorecendo a incidência de doenças como os transtornos mentais comuns, desgaste emocional e a depressão, assim afetando toda a equipe de trabalho.

Pode-se considerar como riscos físicos apontados nos artigos selecionados, a dor músculo esquelética, os problemas no sistema circulatório, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso decorrentes das condições de trabalho. Os riscos biológicos provocados pelo contato com fluídos corporais de pessoas doentes, como por exemplo, a tuberculose e a hepatite B. Identificou-se também pelas condições precárias de trabalho do ACS e pelas condições socioambientais das comunidades assistidas o risco pela violência, o tráfico de drogas, as cercas elétricas, o ataque de animais domésticos e animais peçonhentos, e as doenças parasitárias.

Nesse contexto, entende-se necessária maior atenção dos gestores de saúde dos municípios para com o trabalho dos profissionais das ESFs e principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde para prevenir os riscos e munir esses profissionais de conhecimento e recursos para evitar acidentes e doenças decorrentes da atividade.

Sugere-se a realização de estudos sobre o trabalho dos ACS para identificar os riscos, as causas e os fatores que originam os acidentes de trabalho desses profissionais, em cada município, pelas características sociodemográficas e socioambientais heterogêneas que são próprias em um país grande como é o Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. G. N.; TORRES, S. C.; SANTOS, C.e M.i F. dos. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da Atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, 1(1): 142-154, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.>



bahiana.edu.br/revistas>. Acesso em: mar. 2016.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 5, n. 11 · p. 121-136, maio/agosto 2011. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/download/1220/906>>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: abr. 2016.

_____. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR - 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: **Segurança e medicina do trabalho**. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16). Disponível em: <<http://acesso.mte.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Portal da Saúde-SUS. **Estratégia Saúde da Família: Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: dez. 2015.

OIT. **Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho**. Publicado em 23/04/2013. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

ONU-OIT. Dia Mundial em Memória às Vítimas de Acidentes de Trabalho. **1º Boletim Quadrimestral**. Coordenação-Geral de Monitoramento Benefício por Incapacidade – CGMBI/DPSSO/SPS/MPS. Informe Especial por Ocasão do Dia Mundial em Homenagem às Vítimas de Acidente do Trabalho. Brasília, DF – 25/04/2014. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/documents/1199940/4f5a1ffb-1fd5-464e-98d4-38ce4228e492>>. Acesso em: jun. 2016.

ZINET, Caio. **Trabalho: Condições pioram, acidentes aumentam. Caros amigos**. Out. 2012. Disponível em: <<https://www.sinait.org.br/arquivos/artigos/artigoaaaf5fe5b423f847831c33897ce50c3a.pdf>>. Acesso em: dez. 2015.



REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

ANGERAMI, E. L. S.; CAMELO, S. H. H. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10(4), p. 915-923. 01 dezembro 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a04.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, São Paulo, agosto 2012. Epub, 26 Junho 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000042>>. Acesso em: jul. 2016.

CEZAR-VAZET, M. R. al. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17(6), p. 961-967. 01 dezembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_06.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 29(2), p.176-183. 01 agosto 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009>. Acesso em: jul. 2016.

KNUTH, B. S. et al. Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20(8), p. 2481(8). 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.05062014>>. Acesso em: jul. 2016.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41(3), p. 426-433. 01 Setembro 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41638>>. Acesso em: jul. 2016.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18(5), p. 1375(12). maio 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>>. Acesso em: jul. 2016.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44(2), p. 332-338. 01 abril 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32774/35261>>. Acesso em: jul. 2016.

PEREIRA, I. V. S. et al. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19(2), p. 461(8). fevereiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00461>>.



pdf>. Acesso em: jul. 2016.

RESENDE, M. C. de et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(4), p. 2115-2122. 01 abril 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a11.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17(9), p. 2405-2414. 01 setembro 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

SIQUEIRA JULIO, R.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67(1), p. 119-126. 01 Janeiro 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140016>>. Acesso em: jul. 2016.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11(2), p. 315-323. 01 junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200013>. Acesso em: jul. 2016.



FATORES CAUSADORES DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Joice Helena Wendt¹

Aline Fernanda Fischborn²

INTRODUÇÃO

O termo estresse foi utilizado pela física e pela engenharia para determinar forças atuantes sobre determinadas resistências, a qual representava a carga que um componente podia suportar até partir-se. Já na área da saúde o termo passou a ser utilizado no início do século XX, considerado Hans Selye o primeiro cientista que demonstrou as etapas de estresse biológico. Conforme o autor, estresse representa as reações fisiológicas não específicas do corpo a qualquer demanda nociva, pelas quais ele tenta se adaptar ou seja dar uma resposta de enfrentamento em busca da própria sobrevivência (COSTA, 2011). Cunhado originalmente em inglês, (*stress*), em português, (*estresse*), deriva do latim *stringere* e significa apertar, cerrar, comprimir (Houaiss et al., 2001), embora o seu conceito tenha sido primeiramente descrito por Hans Selye, em 1956, que o definiu como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. No século XVII o estresse tinha seu entendimento na conotação da palavra “adversidade”, e no século XVIII, estresse expressava “força”, “pressão” ou “esforço” (COSTA, 2011).

Pode-se dizer que o estresse é qualquer situação na qual uma demanda não especificada exige que o indivíduo reaja ou tome alguma atitude. Ele compreende as respostas fisiológicas e psicológicas. O estresse pode impor demandas pesadas a uma pessoa e, se ela é incapaz de se adaptar poderão aparecer doenças, levar a sentimentos negativos ou contraprodutivos e, ainda, ameaças ao bem estar emocional. Ele pode ameaçar a forma pela qual a pessoa, normalmente, percebe a realidade, resolve os problemas pensa em geral, e a relação da pessoa. O estresse pode ameaçar o geral da pessoa na vida.

Limongi-França e Rodrigues (2007), apud Melo et al., (2013), consideram que a palavra estresse vem da Física. Nesse sentido, explicam que é o abalo de uma estrutura quando esta é submetida a algum esforço. Para os autores, o estresse é um dos grandes vilões que afetam a saúde do ser humano, incluindo ainda a interferência que o mesmo tem na vida de cada pessoa. O estresse afeta as pessoas de várias

1 Enfermeira / Prefeitura Municipal de Arvorezinha.

2 Enfermeira / Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



formas, desde problemas na saúde, baixo rendimento no trabalho, acidentes imprevistos, até a diminuição da qualidade de vida. Na área da saúde, o termo foi inicialmente utilizado pelo médico e pesquisador austríaco Hans Seyle, que formulou o conceito de Síndrome Geral de Adaptação (SAG), uma condição específica que encerra três fases: alarme, resistência e exaustão.

Dentre os profissionais das instituições hospitalares, a enfermagem é uma das profissões que mais sofre o impacto imediato do estresse, por estar ligada ao cuidado de pessoas doentes. O estresse tem sido considerado como risco ocupacional acentuado para os profissionais que trabalham na área da saúde, por lidarem constantemente com situações de sofrimento, depressão, dor, tragédia, impotência, morte entre outras.

O enfermeiro que atua nos setores de urgência e emergência está exposto a diversas situações, fatores que podem levar a quadros de ansiedade, gerando estresse e podendo alterar sua prática laborativa, bem como sua saúde. Para Panizzon (2008) a atuação do enfermeiro de urgência e emergência é avaliada como desencadeadora de desgaste físico, emocional e de estresse, visto que o ambiente onde está inserido compreende a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional, comprometida com exigências do processo de trabalho, sendo responsável pelo bem-estar e vida dos pacientes. Sabe-se que o alto nível de estresse continuado, além da possibilidade de desencadear doenças físicas é capaz de gerar um quadro de esgotamento emocional, caracterizado por sentimentos negativos como pessimismo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho e mudança de comportamento com os colegas, ignorando novas informações.

Assim, esta pesquisa partiu do seguinte questionamento: quais os principais fatores geradores de estresse nos enfermeiros que trabalham em urgência e emergência?

Nesse contexto, a pesquisa objetivou conhecer os principais fatores geradores de estresse em enfermeiros que atuam em setores de urgência e emergência em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no interior do estado do Rio Grande do Sul. Ainda, definiu-se como objetivo, analisar as alternativas de enfrentamento que poderiam ser oferecidas aos profissionais de enfermagem que atuam em urgência e emergência e que sentem-se sob estresse.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva do tipo qualitativa, tal pesquisa é essencialmente descritiva e tem como principal perspectiva a visão do processo, tendo então como característica fundamental a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador (MINAYO, 2008). Segundo Gil (2003), torna-



se necessário consultar trabalhos publicados em livros e/ou artigos científicos de acordo com a proposta já selecionada.

A pesquisa foi realizada no período de abril a maio de 2016, inicialmente por via eletrônica, através de consulta de artigos científicos indexados, veiculados nacionalmente na base de dados de Scielo Brasil, Lilacs, Reben e Medline, no período de 2010 a 2015, disponível para livre acesso, revistas nacionais, sites, livros, bem como referências afins.

O projeto de pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas Gestora da UPA Lajeado e por aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino-UNISC sob parecer consubstanciado do CEP nº 1514661.

O público alvo da pesquisa foi composto por todos os enfermeiros que atuam nos setores de urgência e emergência de uma Unidade de Pronto Atendimento do interior do estado, há pelo menos 6 meses e que estejam dispostos a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e participar da pesquisa. O quadro de enfermeiros desta Unidade hoje é composto por 10 profissionais. Deste total, 9 foram entrevistados pois um dos enfermeiros é a pesquisadora.

A UPA 24 horas (BRASIL 2013) é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar. Tem funcionamento ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, e deve possuir equipe multiprofissional compatível com o porte. O paciente poderá ficar em observação por um período de até 24 horas para elucidação diagnóstica, estabilização e/ou encaminhamento ao centro de referência.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, compostas de perguntas abertas. Após a coleta de dados, tanto de cunho bibliográfico quanto das respostas dos profissionais enfermeiros aos questionamentos, os dados foram analisados e compilados à luz da bibliografia existente sobre o tema.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

A pesquisa foi realizada com 09 (nove) profissionais em saúde da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de Lajeado/RS. Do público entrevistado, oito são do sexo feminino e um, do sexo masculino, com idades entre 26 a 45 anos.

Historicamente, segundo Silva (1986) o serviço de enfermagem foi atribuído ao sexo feminino. Sabe-se que a partir da Primeira Guerra Mundial, o serviço de enfermagem foi legado às mulheres por serem elas as que permaneceram junto às comunidades enquanto os homens iam para o combate. Outro motivo para a grande incidência das mulheres na enfermagem é o caráter de cuidado que a profissão



carrega, assemelhando-se os cuidados dos enfermos aos cuidados maternos.

O tempo de atuação profissional no setor em que os pesquisadores atualmente exercem suas funções varia de nove meses a seis anos, da seguinte forma: um entrevistado atua no setor há menos de um ano; cinco, atuam no setor há menos de dois anos; um, atua no setor há menos de três anos; um, atua no setor há cinco anos e um atua no setor há seis anos. Este tempo de atuação no setor, equivale, na maioria dos entrevistados, ao tempo de atuação na empresa.

Tendo em vista a importância dos dados apresentados, Robbins (2005), destaca que as evidências demonstram que a estabilidade no trabalho e a satisfação estão positivamente relacionadas. Na verdade, quando idade cronológica e antiguidade no emprego são tratadas de forma separada, esta última parece ser um previsor mais consistente e estável para a satisfação no emprego.

Os entrevistados possuem especialização em nefrologia; saúde coletiva; emergência; saúde da família; saúde pública; UTI. Um entrevistado possui mestrado e está em curso com o doutorado e um não possui especialização. O tempo de formação dos entrevistados varia entre dez a três anos.

A correlação entre o grau de escolaridade e atuação profissional é muito importante na atualidade. Sabe-se que os profissionais mais bem preparados são aqueles que buscam o aperfeiçoamento constante, tanto das técnicas, quanto dos conhecimentos gerais a respeito de sua profissão e do mundo que os cerca.

Segundo Silva e Ferreira (2011), a experiência na enfermagem fornecerá a proficiência (expertise), o que dá autoridade intelectual e científica, entendida como o reflexo da associação entre o conhecimento teórico e o advindo da prática que, por sua vez, distingue o(a) profissional. O(a) enfermeiro(a) especialista não mais se utiliza de regras e manuais para realizar uma ação com segurança e de forma correta, consegue resolver os diferentes problemas a partir da sua intuição. Além disso, recorre à teoria quando tem contato com situações novas, ou que não evoluem conforme o esperado. As experiências anteriores guiam as percepções e ações dos(as) enfermeiros(as) considerados(as) especialistas, uma vez que possibilitam ao profissional uma comparação da situação passada com a vivida na atualidade. Este recurso é mais efetivo do que qualquer tentativa teórica, já que se atinge a região certa do problema, e deixa-se para traz um grande número de possibilidades menos eficazes.

A maioria dos profissionais que atua no cenário de urgência e emergência aprecia o fato de lidar com o inesperado, sendo considerado um fator de proteção contra o estresse ocupacional. Considerando que apesar dos avanços tecnológicos, permanece a atividade do(a) enfermeiro(a) que continua sustentado pela mão de obra intensiva e com níveis desiguais de domínio dos componentes que interagem no processo (LAUTERT, 2011).



Para Spindola e Santos (2003, apud COSTA, 2011), a singularidade do trabalho da enfermagem é marcante não somente por se caracterizar como profissão essencialmente integrada por pessoas do sexo feminino como, também, pela especificidade das ações que desenvolvem no dia a dia. Os autores acrescentam que o trabalho de enfermagem hospitalar caracteriza-se por ser contínuo, com atividades 24 horas, sem descanso em turnos, com extensa carga horária semanal, realizado cotidianamente, incluindo os dias de feriado e festas comemorativas. O trabalho realizado pela enfermeira nesse ambiente, apesar de necessário, é de pouco reconhecimento social, desvalorizado e que aos demais profissionais da área de saúde, inclusive aos olhos da clientela que busca ser atendida não pode ser visto.

Satisfação no trabalho

Questionados sobre a satisfação profissional, cinco entrevistados responderam positivamente, destacando-se algumas respostas:

- *“sim, apesar de todos os problemas que a gente enfrenta diariamente [...]”;*
- *“sim, me sinto muito feliz, grata em todos os sentidos”;*

Ainda sobre a satisfação profissional, três entrevistados disseram não ocorrer ou ocorrer em algumas situações de trabalho:

- *“não, porque a gente não é valorizado. Eu acho que a nossa profissão é a mais estressante. Não somos valorizados tanto financeira, quanto profissionalmente. A gente não tem o respeito que deveria ter”.*

Locke (1976) define satisfação no trabalho como o resultado da avaliação que o trabalhador tem sobre o seu trabalho ou a realização de seus valores por meio dessa atividade, sendo uma emoção positiva de bem-estar. Ressaltando que esse autor difere valores de necessidades, em que necessidades referem-se à sobrevivência e ao bem-estar do indivíduo, sendo essas inatas e comuns a todos, e os valores são diferentes de pessoa para pessoa, pois vai ao encontro do que o indivíduo deseja ou percebe como benéfico para si. Apesar do autor relatar que a satisfação no trabalho é um fenômeno individual, ressalta que os fatores causais podem ser classificados em dois grandes grupos: eventos e condições do trabalho (trabalho propriamente dito, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho, ambiente de trabalho); e agentes do trabalho (colegas e subordinados, supervisores, empresa/ organização), assinalando que os fatores causais devem ser analisados em suas inter-relações.

Questionados se sentem-se gratificados em seu trabalho, cinco entrevistados destacaram a assistência ao paciente:

- *“ Sim, principalmente por trabalhar na área crítica. Quando vejo a recuperação*



dos pacientes e a satisfação da família, me sinto muito gratificada”.

- “Sim, quando vejo a melhora de um paciente, quando passa sua dor, quando se recebe um muito obrigado, é muito gratificante”.

Ainda, sobre o questionamento de gratificação profissional, alguns entrevistados referiram que a remuneração e a valorização profissional nem sempre justas, destacando-se algumas respostas:

- “Eu me sinto gratificada com meu trabalho porque eu amo minha profissão, mas gratificada profissionalmente não, porque não somos reconhecidos e, muitas vezes, até somos desrespeitados”;

Dois entrevistados disseram que não se sentem gratificados em sua profissão, destacando-se algumas respostas:

- “ Não. Há muita cobrança e pouca colaboração da chefia”;

- “Jornada de trabalho apertada, muito sobrecarregada e tudo desemboca na enfermagem, toda a responsabilidade. E há pouco reconhecimento financeiro”.

Percebe-se que cada indivíduo identifica razões diferentes para se manter trabalhando na organização. Porém, destaca-se que a maioria dos colaboradores realizam o trabalho que gostam, pois consideram este um motivo para continuar atuando na organização, assim como o ambiente de trabalho é um fator importante destacado pelos colaboradores.

Diante da importância do colaborador sentir-se satisfeito pela atividade que realiza, Aguiar afirma que:

O indivíduo realiza-se naquilo que faz e não pelas possíveis recompensas ou efeitos decorrentes do trabalho realizado. A necessidade de realização parte da hipótese de que os indivíduos estabelecem para si um padrão de excelência de seu desempenho e tentam alcançá-lo por diferentes meios (AGUIAR, 2005, p. 79).

Condições de trabalho

Foram questionados se possuem dupla jornada de trabalho e em qual área. Cinco entrevistados disseram que não, que só trabalham na UPA. Quatro entrevistados dizem possuir dupla jornada de trabalho, atuando em hospitais locais.

Ao longo da jornada de trabalho da enfermagem é inevitável o desgaste, pois são várias as atividades que exigem do profissional, além de disponibilidade e força física, o que acaba expondo esses trabalhadores a doenças ocupacionais. Devem, ainda, ser considerados os riscos de contaminação por doenças infectocontagiosas.



Segundo estudo realizado por Silva e Juliani (2012), a enfermagem vem, ao longo de sua existência, buscando evoluir na qualidade da assistência prestada e, para isso, tem-se atualizado, principalmente no campo tecnológico e científico. As precárias condições de trabalho e os desgastes físicos e emocionais produzidos pela extensa jornada são, entretanto, visíveis e pouco se tem feito na tentativa de amenizar essa situação. Como forma de superação, esses profissionais buscam estímulo com o aumento do ganho financeiro, submetendo-se à dupla jornada de trabalho, sem medir as consequências resultantes desse processo.

Para os autores, existe uma relação entre a jornada de trabalho e o estresse. A jornada estendida, ou uma exposição mais duradoura a fontes de estresse, como o ambiente de trabalho, podem desencadear reações com efeitos cumulativos e gerar problemas físicos e mentais, influenciando diretamente a saúde do trabalhador e dos profissionais de saúde, visto que, em sua maioria, têm dupla jornada de trabalho.

Staccirini (2001) comenta que essa realidade é ainda mais notável nos hospitais, onde os profissionais de enfermagem que auxiliam na cura, estão em constante risco de sofrer acidentes biológicos (radiações, inadequações de equipamentos instrumentais) e deficiência de infraestrutura como causas frequentes de lesões por esforços repetitivos (LER) e muitas vezes necessitam de duplo emprego para uma subsistência mais digna, surgindo problemas psicológicos e já comprovados, além de envelhecimento precoce.

O fato de que estar permanentemente em contato com fatores desencadeadores de doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar afeta o estado psíquico e, conseqüentemente, também o físico. Portanto, é necessário considerar as especificidades do cotidiano no trabalho hospitalar, onde são muitas as cargas de tensão e conflitos que mobilizam os indivíduos e suas diferentes resistências no âmbito humano. Questionados se acreditam que sua atividade laboral possa causar situações de ansiedade e/ou estresse e se o local de trabalho propicia situações estressantes, os entrevistados responderam de maneira consistente. Todos afirmam que sua atividade laboral trás situações de estresse em que a ansiedade por não poder, ou não saber, como solucionar essas situações acabam afetando de maneira negativa sua atividade profissional.

Os entrevistados se referem a situações que vão desde a falta de respeito dos pacientes, familiares e da própria equipe de trabalho, até situações de ingerência ou de ausência de chefia no setor. Referem-se, ainda, à sobrecarga de trabalho que acabam absorvendo, exercendo diversas funções e respondendo por questões que não competem ao setor de enfermagem. Além disso, referem-se a questões como falta ou não cumprimento de protocolos de atendimento, inobservância de prioridades e distância entre chefia e setores:



“Muitas vezes há o aumento da demanda de pacientes e a unidade lota. E tu não tem gente suficiente para prestar um bom atendimento. E os pacientes e familiares começam a reclamar. Daí tu tem que manter a calma e continuar trabalhando, mas isso gera muito estresse porque tu não pode fazer mais rápido, porque tem aquele tempo que tu precisa dedicar a cada pessoa e não pode estar fugindo daquilo ali, senão, não estará prestado um bom atendimento”.

“Como a gente não trabalha diretamente com a chefia, precisa resolver coisas pequenas e isso acaba estressando a gente. Ainda, há a constante troca de funcionários e a falta ou má qualidade dos materiais para o desenvolvimento do nosso trabalho”.

“Na área da saúde pública tu trabalha sempre no limite: limite de recursos, de materiais, de pessoas”.

Estressores no trabalho

Lipp (2003, apud MELO et al., 2013) defende que o estresse é percebido pelo indivíduo como algo negativo a partir da incapacidade de lidar com fontes de pressão no trabalho. Propõe como categorias para os estressores no ambiente de trabalho: fatores intrínsecos para o trabalho, papéis estressores, relações de trabalho, desenvolvimento na carreira, estrutura e cultura organizacional e interface trabalho-casa. O autor ressalta como fatores extrínsecos, condições pessoais e características da personalidade.

Diferentes pessoas podem reagir a um mesmo estressor de maneira diferente, ou seja, a capacidade de lidar com os eventos estressores podem variar conforme a herança genética, estilo de vida, estratégia de enfrentamento utilizada pelo indivíduo, bem como a experiência de aprendizado adquirida durante a vida.

Uma dose baixa de estresse é considerada normal, fisiológica e até desejável, é uma ocorrência indispensável para a manutenção da saúde e capacidade produtiva. As características desse estresse positivo são: o aumento da vitalidade, aumento do entusiasmo e da disposição física.

Por outro lado, o estresse patológico é exagerado e pode causar consequências danosas como: depressão, cansaço, irritabilidade, falta de concentração, queda da imunidade. Se a pessoa é submetida a situações frequentes de estresse, o organismo não consegue retornar a um equilíbrio interno e se recuperar da situação, criando um estado de ansiedade crônica, e, conseqüentemente, gerando uma fase de exaustão e esgotamento. Estes comportamentos podem comprometer até a funcionalidade de alguns órgãos, caracterizando doenças como: úlceras, hipertensão, infarto, pneumonia dentre outras (MELO, 2013).

Para o mesmo autor supracitado, a fase de alerta para uma situação de estresse



ocorre quando o indivíduo entra em contato com uma fonte ou fator estressor, pode ser um acontecimento, uma pessoa ou um objeto que o proporcione.

Silva e Juliani (2012) apontam que os trabalhadores com problemas de saúde, físicos ou mentais, acabam por transferir seus problemas para as atividades laborais, acarretando atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do trabalho, isso repercute de forma incisiva na qualidade da assistência, visto que, na maioria das instituições de saúde, o quadro de pessoal da enfermagem já é insuficiente e, com isso, esse déficit aumenta.

Alguns fatores podem interferir nos indicadores de produção de um hospital, como a diversificação e localização dos serviços; a capacitação, a experiência, o grau de formação e a idade dos profissionais; as condições do local de trabalho; os recursos financeiros disponíveis e a forma de organização da assistência; as características relacionadas à capacidade de produção e ao porte do hospital e, ainda, o perfil demográfico, socioeconômico ou cultural dos usuários.

Em relação aos riscos de natureza psicossocial, há a presença de uma agressão permanente à saúde física e mental dos enfermeiros, pois o constante contato com a doença, o sofrimento e a morte, situações que ocorrem habitualmente de forma súbita e brutal em serviços de urgência, não permitem o estabelecimento de estratégias de proteção psicológica por parte do enfermeiro.

Assim, todos os esforços por tratar, de maneira preventiva, a questão do estresse são bem-vindos. Entender as alterações corporais e mentais e, a partir delas realizar um prognóstico podendo auxiliar, e muito, os profissionais de enfermagem a prevenir e/ou superar o estresse causado por sua profissão.

Seguindo os questionamentos, os entrevistados responderam ao seguinte: Você teria sugestões para melhorar o ambiente de trabalho? Já levou tais sugestões à gestão? Qual foi o resultado?

A estes questionamentos, os entrevistados disseram, em sua maioria, que uma das principais questões a serem melhoradas na UPA seria o aumento do quadro de funcionários, tanto da equipe técnica quanto do quadro geral. Ainda, a melhora da comunicação entre chefia e a equipe técnica. Outro apontamento feito pela maioria dos entrevistados diz respeito aos treinamentos, que, segundo eles, deveriam acontecer com certa periodicidade.

Além dessas sugestões, também foram apontadas a necessidade de construção de momentos de integração entre a equipe de trabalho, onde todos pudessem se conhecer e confraternizar. Três dos entrevistados afirmam já terem levado suas sugestões à chefia, mas foram atendidos e/ou ouvidos.

Sobre a importância de atividades de lazer, todos os entrevistados dizem saber a importância de se ter atividades que fujam da rotina do trabalho em enfermagem, especialmente por entenderem que é um trabalho crítico, que lida com situações



limites todos os dias. Porém, três entrevistados disseram não praticarem atividades regulares de lazer ou de natureza física. Justificam essa ausência pela falta de tempo com os estudos, pelo acúmulo de trabalho e, uma das entrevistadas, pela chegada recente de um filho. Dois entrevistados dizem ter atividades físicas regulares e o restante (quatro) referem-se ao lazer como sendo a família, conversas com amigos, saídas para festas e, até, trabalhos manuais.

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre sua condição com relação ao estresse: se consideram ser uma pessoa estressada e se conseguem perceber alguma situação geradora do estresse. Dos nove entrevistados, cinco disseram não serem pessoas estressadas. Consideram que há momentos em que o estresse é gerado por situações que fogem ao seu controle ou por acúmulo de trabalho, ou ainda, por situações em que não há solução, como a perda de um paciente, por exemplo. Para estes entrevistados, o estresse não é um mal em suas rotinas e conseguem separar o trabalho desenvolvido na UPA com suas rotinas particulares. Destacam-se algumas falas:

-“Eu acho que se eu acabar me estressando vou prejudicar minha saúde. Então fico pensando, claro no bem do paciente, no bem dos meus colegas, mas, também, quero o meu bem, pensar na minha saúde também. Porque se eu estiver mal, não vou poder cuidar da minha família”.

- “Eu acho que é tudo uma questão de se adaptar, de driblar aquilo que te incomoda, descobrindo a melhor forma de viver, todos os dias. Quando o estresse sobe, penso que a gente deve resolver a questão, encarando de frente e pronto, acabou. Bola pra frente”.

Quatro entrevistados disseram que sentem-se estressados, ou que, em geral, são pessoas estressadas. Apontam como causa geradora do estresse o acúmulo de tarefas no trabalho, na família e nos estudos. Apontam, ainda, a necessidade que sentem em deixar suas tarefas concluídas em sua totalidade, exigindo de si mesmos a perfeição em seu trabalho. Ainda, a ansiedade é vista como fator gerador de estresse, especialmente com relação a situações que fogem ao seu controle, tanto no desenvolvimento de suas funções profissionais quanto em sua vida particular.

Destacam-se algumas falas:

- “Tu quer deixar 100% pro colega que vai assumir logo depois de ti e aquilo acaba te deixando bem estressada porque tu tem que correr pra conseguir dar conta de tudo. Acaba não sobrando tempo nem pra fazer um xixi”.

- “Fico ansiosa porque alguma coisa foge ao meu controle durante o plantão, então a expectativa do que aquela situação vai desencadear me deixa muito estressada”.

Conforme evidenciado nas falas citadas, são apontados como fatores que levam à sobrecarga de trabalho e geradores de estresse a falta de tempo adequado para a realização das atividades laborais que exigem que o trabalhador as realize com maior



rapidez e muitas vezes sem o cuidado necessário. Além disso, a falta de profissionais capacitados no setor, exigindo que o trabalhador seja escalado por vezes sucessivas para a mesma atividade.

Esta sobrecarga de trabalho provoca um estado de superestímulo no indivíduo, pois as exigências excedem a capacidade do trabalhador de processar ou cumpri-las, inviabilizando o melhor desempenho no trabalho, além de ser um preceptor de estresse, levando a danos à sua saúde física e mental (MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003).

Têm-se, ainda, que equipamentos e materiais que não funcionam ou que funcionam inadequadamente, uso de materiais inadequados ou ruins, falta de material e equipamentos em quantidade insuficiente para os pacientes, uso de artigos ou produtos impróprios e improvisos, são referidos como estressores, sobrecarregando o desempenho do colaborador e gerando estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado que o estresse é a doença ocupacional que possui relevância entre esses profissionais. A pesquisa apontou que, por meio das condições de trabalho, jornadas excessivas, além da constante tensão que o setor apresenta, vários(as) enfermeiros(as) se encontram em condições reduzidas de capacidades de desenvolvimento de suas atribuições. Demonstrou que a maioria dos profissionais é constituído por mulheres, com idade entre 23 e 45 anos. Ainda, a pesquisa demonstrou que os profissionais têm, ou já tiveram dupla jornada de trabalho, atuando em mais de uma unidade de saúde.

Com relação à satisfação no trabalho, a pesquisa aponta para o fato de que os(as) enfermeiros(as) gostam do que fazem, se identificam em sua profissão, porém não se sentem valorizados(as) quanto ao acolhimento de sua profissão, pelos gestores. Este fato vem ao encontro da insatisfação com relação ao quadro profissional em que se encontram, em que identificam a defasagem salarial, a falta de condições e de materiais adequados para o desenvolvimento da profissão, falta de pessoal especializado, treinado e qualificado para o auxílio e atendimento aos pacientes e a pouca valorização da profissão por parte da sociedade em geral.

Os entrevistados apontaram a necessidade de ter melhores condições de trabalho, o que requer uma atenção especial por parte dos gestores para que os mesmos possam compreender as necessidades e buscar ações que enfatizam a transformação dos fatores que ocasionam o surgimento do estresse nos profissionais da saúde.

A pesquisa revelou, ainda, a falta ou pouca percepção da condição humana do profissional em saúde. Sobre este fato, os entrevistados revelam que, muitas vezes,



os pacientes os agridem verbalmente, ou os próprios gestores acabam mecanizando o serviço dos(as) enfermeiros(as), não levando em consideração suas próprias fraquezas. Todo indivíduo possui suas limitações, sua condição de prática de atividades que não os levem ao desgaste de suas forças. Porém, o que se percebe, é o fato de que, em se tratando dos profissionais de enfermagem, os trabalhadores ultrapassam os seus limites, o que vêm resultar no surgimento dos fatores que promovem o estresse, e, que apresenta, como consequência, o afastamento dos profissionais de seus postos de trabalho.

Os fatores estressores apresentados pela pesquisa sugerem que há a necessidade de que se propiciem a adequação das atividades aos níveis de resistência dos profissionais. Sugere-se a contratação de novos profissionais da saúde, além da adequação de materiais e de infraestrutura para que haja o desenvolvimento pleno da enfermagem..

Considerou-se, portanto, que o estresse na equipe de enfermagem, que atua no setor de emergência, configura-se como um fator que remete a preocupação em relação às condições de trabalho e ao atendimento realizado, evidenciando que todos os profissionais são seres humanos que apresentam limitações, e, como tais, necessitam ter condições dignas de desenvolvimento de suas atividades, vislumbrando o cumprimento de sua missão, promovendo a saúde e o bem estar de todos os pacientes que dependem de seus conhecimentos e práticas para continuarem a sua vivência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria n. 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Alterado pela PRT nº 104/GM/MS de 15.01.2014) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 21 mar. 2016.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 2002.

COSTA, Daniele Tizo; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev. esc. enferm.** Online, 2011, v. 45, n. 5, p. 1191-1198. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1580/50080-623420110000500023>>. Acesso em: mar. 2016.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. **Rev. Latinoam Enferm**, 16(3):439-44, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/50104-11692008000300017>>. Acesso em: mar. 2016.



SILVEIRA, M. M.; STUMM, E. M.; KIRCHNER, R. M. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Eletrônica Enferm**, 11(4): 894-903, 5. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fan_revista/v11/n4/pdf/v11n4a15.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. [Personal dimension of the work process for nurses in intensive care units]. **Acta Paul Enferm**, 24(4): 550-5, 2011.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord.) **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

DST – J bras Doenças Sex Transm, 16(3): 24-31, 2004. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/3.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

EMILIO, Marília Gonçalves; SANTOS, Gisele Simas dos. **O estresse na equipe de enfermagem que atua no setor de emergência**. Disponível em: <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: ATLAS, 2002.

JACQUES, Paulo Belini; RIBEIRO, Renata Perfeito; MARTINS, Julia Trevisan; RIZZI, Danilo Servilha; SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa. **Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico**. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/18197-102302-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE M. D. (ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-1349.

MELO, Márcio Vieira de; SILVA, Tiago Pedro da; NOVA IS; Zenilda Gondim Novais; MENDES, Maria Luiza Maciel. Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, Recife v. 1 n.2 p. 35-42, nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MIQUELIN, Janice D. L.; CARVALHO, Cleide B. O.; GIR, Elucir; PELÁ, Nilza T. R. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de hiv-aids. **DST-Ibras. Doenças Sex. Transm.** 16(3). p. 24-31, 2004. Disponível em: <www.dst.uff.br/revista16-3-2004/3.pdf>. Acesso em: abr. 2016.

SILVA, Luís Carlos de Paula e; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. **A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas**. Artigo extraído da Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina (FMB) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Botucatu (SP), 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RASv14n54_11-18.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.



SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64 no.1 Brasília Jan./Feb. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100015>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

STACCIRINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 9 n. 2 Ribeirão Pret o Mar./ Apr. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200003>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

USP. São Paulo, v. 45 n. 5, Oct. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>>. Acesso em: 10 nov. 2015.



CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO RIO GRANDE DO SUL

Adriana Skamvetsakis¹

Maria Luisa de Macedo²

INTRODUÇÃO

A participação da sociedade na implementação das políticas públicas é fundamental. Esta participação pode configurar-se de diferentes formas, por meio da constituição de instâncias formais e/ou legais de controle social, por meio de organizações sociais e movimentos sociais, dentre outras.

Controle Social pode ser entendido sob diversos enfoques. Está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade a que pertencem, através dos valores, das normas e dos comportamentos (OLIVEIRA, 2013, p. 2330). Segundo Minayo-Gomez (2009), citado por Rios (2014, p. 17), o controle social “é um instrumento de vigilância, de ação e de intervenção por parte dos segmentos organizados da sociedade civil sobre as ações do Estado”.

A Constituição Federal de 1988, em muitos capítulos, incluindo-se o da saúde, nasceu da base, da própria população e de técnicos que discutiram e formularam premissas e propostas a serem incorporadas. A participação da comunidade é uma das diretrizes organizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme afirmado no artigo 198. A partir da Constituição Cidadã, “a ideia de controle social no Brasil passa a corresponder à compreensão da relação Estado-sociedade, na qual cabe à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado” (OLIVEIRA, 2013, p. 2330).

As leis orgânicas reafirmam e dão maior detalhamento à diretriz de participação e à ideia de controle social (COELHO, 2012 p.143). A Lei 8.142/1990, em seu artigo 1º, cita as instâncias colegiadas do SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, assegurando a participação da sociedade na formulação, fiscalização e deliberação sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e orienta sua organização em todas as esferas (BRASIL, 1990b). Há diferenças na atuação destes espaços, inicialmente pelo caráter permanente dos Conselhos de Saúde, enquanto as Conferências são periódicas e têm duração limitada. Outras diferenças significativas são o poder de

1 Médica Cerest/Vales.

2 Psicóloga/Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



fiscalização e monitoramento dos Conselhos, bem como sua composição, que é por entidade e segmento, podendo ser substituídos os membros que a representam ao longo do mandato. Nas Conferências, o poder de fiscalização é reduzido, mas amplia-se o poder de definir estratégias e diretrizes para a execução das políticas de saúde nas diferentes esferas públicas. Em ambos, a participação da sociedade deve seguir preceitos de representatividade (vários segmentos sociais) e paridade com os usuários.

A Saúde do Trabalhador, minimamente por sua história de construção coletiva e democrática e por sua temática cercada de conflitos e divergências, tem incorporado o Controle Social em sua prática. O diálogo com os movimentos sociais organizados, especialmente o movimento sindical, com as instituições governamentais afins aos temas saúde, trabalho e previdência e com as instituições de ensino nos diversos níveis de formação, oferece, ao menos potencialmente, legitimidade e respaldo para as ações técnicas necessárias a serem desenvolvidas no SUS.

A Saúde do Trabalhador também está assegurada na legislação do SUS, estando definida no artigo 6º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a). Dentre as comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a de saúde do trabalhador é elencada no artigo 13 da Lei 8.080/90 e recomendada pela Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no item 5.2 da Portaria 3.120/98 (BRASIL, 1998a) e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, da Portaria 3.908/98 em seu artigo 10 (BRASIL, 1998b).

Das instâncias colegiadas e suas comissões intersetoriais, ampliam-se as possibilidades de participação e controle social, tais como os Grupos de Trabalho e os Conselhos de Serviços, dentre outras. Espaços de participação da comunidade na gestão dos serviços públicos de saúde podem ser construídos e legitimados nas diversas etapas de implementação das políticas públicas, como é o caso da Saúde do Trabalhador:

A saúde do trabalhador talvez seja, entre os diversos campos da saúde pública, o que mais se aproximou do Controle Social, reconhecendo sua legitimidade de participação nas Políticas Públicas de Saúde. Prova disso é a instalação dos Conselhos Gestores em todos os serviços de referência em saúde do trabalhador, antecipando-se até mesmo ao funcionamento destes. (SKAMVETSAKIS, 2006, p. 163).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), no item V do capítulo III, aponta o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social como uma de suas estratégias e cita os pressupostos para efetivá-la (BRASIL, 2012).

O controle social nos serviços que compõem a Rede Nacional de Atenção



Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), segundo o artigo 8º da Portaria 2.728/2009, deve dar-se por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos (BRASIL, 2009).

No Rio Grande do Sul (RS), desde o cadastramento dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) junto ao Ministério da Saúde, enquanto integrantes da Renast, organizaram-se os chamados “Conselhos Gestores” (CG) – espaços de controle social, previstos em legislações estaduais e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), específicos para estes serviços, tendo por objetivos acompanhar, fiscalizar e definir as ações e aplicações financeiras de tais Cerest. Hierarquicamente subordinados ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e articulados à CIST do CES, os CG devem ter a representação dos gestores municipais, do gestor estadual, dos servidores e dos usuários do serviço (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

À medida que o número de Cerest foi aumentando no estado, surgiu a necessidade de aproximação entre as equipes e conselheiros gestores, visando ao compartilhamento de experiências, práticas e saberes. Assim, a partir de 2005, realizaram-se os “Encontros dos Cerest”, com agenda itinerante e pauta definida conjuntamente. Os Encontros valorizavam os diferentes papéis e saberes, porém gradativamente foram perdendo a itinerância, concentrando-se na capital e sede do Cerest Estadual, e a integração entre o movimento social e os profissionais de saúde, excluindo a participação dos conselheiros gestores.

Cabe destacar a complexidade dessa gestão compartilhada, uma vez que os Cerest recebem recurso federal para uma determinada área de abrangência, regional ou macrorregional, mas estão administrativamente vinculados a um ente municipal, denominado município-sede. Alguns Cerest Regionais recebem, ainda, recurso estadual para sua manutenção, sobretudo para o pagamento de pessoal. A transferência de recursos estaduais está condicionada à aprovação do Plano de Trabalho e Plano de Aplicação de Recursos pelo Conselho Gestor do serviço e pelo Conselho Municipal de Saúde. Além disto, o município-sede fica comprometido a:

[...] constituir um Conselho Gestor com atribuição deliberativa nos limites de sua competência, tendo seu regimento ou regulamento aprovado pelas instâncias do Controle Social da área de abrangência e do Conselho Municipal de Saúde do município sede. (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Os Conselhos Gestores dos Cerest, considerando os aspectos representatividade e paridade entre segmentos e regiões de saúde, necessitam que sua composição contemple instituições e representações de outros municípios pertencentes à área de abrangência do serviço. O controle social exercido pelos CG é mais amplo, do ponto de vista territorial, que o do Conselho Municipal de



Saúde (CMS) do município-sede, porém submetido às deliberações do último, do ponto de vista da organização do SUS. Assim, os recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde, mesmo que destinados a um serviço regional/macrorregional, são geridos pelo executivo municipal e pelo CMS.

Parece que a legislação do SUS não contempla sua própria organicidade. Por um lado, organiza o Controle Social em esferas municipal, estadual/distrital e nacional e estabelece a obrigatoriedade para os Conselhos de Saúde de organizarem uma CIST – sem papel deliberativo, mas consultivo e de assessoria. Por outro lado, estabelece como estratégia para a efetivação da Saúde do Trabalhador a implantação de Cerest de abrangência regional ou macrorregional, sem correspondência nas instâncias de Controle Social institucionalizadas com paridade. Já o Decreto nº 7.508/2011, da Presidência da República, que regulamenta a Lei no 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, atribui às Comissões Intergestores (instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS) a definição das “regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação”. Quanto ao planejamento da saúde, em seu artigo 15, assegura que seja um processo ascendente e integrado e que sejam ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, cabendo à Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Ou seja, a instância regional definida na legislação para pactuar a organização das ações de saúde possui caráter deliberativo, mas não possui paridade – é composta apenas pelo segmento gestores – e não possui abrangência macrorregional, como os serviços que integram a Renast. Desta forma, muitos impasses e obstáculos para a participação social se revelam, até mesmo disputa de poder entre instâncias de controle social, fragilizando-as.

Apesar disso, a atuação do Controle Social na Saúde do Trabalhador é tema pouco explorado pela literatura, assim como é escassa a pesquisa acerca do funcionamento de conselhos gestores ou conselhos de serviços.

Assim, entender a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador instituído é, também, uma importante ferramenta para avaliação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Este artigo pretende descrever a estrutura do Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS no Rio Grande do Sul (RS) e analisar seu funcionamento a partir da percepção dos conselheiros, identificando quais as instâncias de controle social do SUS que atuam na Saúde do Trabalhador e suas atribuições, e compreendendo como se dá a relação entre tais instâncias.



METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, fundamentado pelo referencial teórico da pesquisa qualiquantitativa em saúde, concordando com Minayo (2014) que todo o conhecimento do social sempre será, no mínimo, uma aproximação e que “estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias de novas técnicas cooperativas”. (MINAYO, 2014, p.76).

Foram utilizadas duas ferramentas de investigação: questionário estruturado, respondido por conselheiros(as) de saúde, conselheiros(as) gestores e membros de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador dos conselhos de saúde e análise documental, durante o período de abril a julho de 2016. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC), conforme Parecer nº 1.498.334. Solicitaram-se os documentos por meio eletrônico, com envio de Ofício Circular, do Parecer Consubstanciado do CEP-UNISC e do link para resposta on line do questionário. O Ofício também solicitava os regimentos internos (RI) do Conselho Estadual de Saúde (CES), dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios-sede de serviços de referência em saúde do trabalhador e suas respectivas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) e dos Conselhos Gestores destes serviços. Além disso, representantes dos serviços de saúde do trabalhador e das mencionadas instâncias de controle social foram informados e esclarecidos sobre a pesquisa pela própria pesquisadora, solicitando participação e apoio para divulgação em suas bases.

Os questionários foram respondidos através do formulário do aplicativo *Google Apps for Work*. Não foram recebidas manifestações de impossibilidade de resposta por meio eletrônico, dispensando a aplicação do questionário por telefone. O estudo foi realizado no âmbito do Rio Grande do Sul.

A análise documental, bem como a do questionário, seguiu os pressupostos da análise de conteúdo com contribuições teóricas da Análise de Políticas Públicas, procurando caracterizar elementos da organização das instâncias de Controle Social em Saúde do Trabalhador. No momento da implementação, momento crucial do ciclo das políticas públicas, mesmo com a normatização estabelecida, a articulação de forças e disputas influencia diretamente nos rumos da política, ao mesmo tempo em que abre perspectivas de aprendizagem de organização em rede e de mobilização de recursos institucionais (SILVA; MELO, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o “Guia de profissionais responsáveis pela saúde do trabalhador(a) do Estado do Rio Grande do Sul” (RIO GRANDE DO SUL, 2016), dezoito serviços



de saúde do trabalhador estavam em funcionamento no período de realização desta pesquisa: 01 Cerest Estadual, 12 Cerest Regionais, 02 Urest e 03 Umrest. Destes serviços, o Cerest Porto Alegre e as Umrest Rio Pardo e Lajeado informaram não possuir CG. Já o município de Palmeira das Missões, sede do Cerest Macronorte, não possui CIST no Conselho Municipal de Saúde.

Foram recebidos 18 Regimentos Internos (RI): 07 de CG de Cerest, representando 53,85% dos 13 Cerest atuantes no estado; 01 RI de CG de Urest (50%), 05 RI de Conselhos de Saúde (29,41% dos 17 esperados) e 05 das CIST dos municípios-sede de serviços de referência em ST (33,33% entre 15 RI esperados). A relação dos serviços de referência em saúde do trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul e a informação quanto aos documentos recebidos, segundo a instância de controle social, constam no Quadro 1.

Dos 05 RI de Conselhos de Saúde analisados, somente 01 (20%) não tem explicitado o número de conselheiros(as); os demais têm entre 16 e 52 conselheiros(as), dos quatro segmentos representativos da sociedade (usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço). As decisões são tomadas, em 60% (n=3) destas instâncias, por maioria simples. A existência de Comissões Permanentes e/ou Temporárias é citada em 04 (80%) RI, enquanto a forma de custeio somente em 03 (60%). Os RI de Conselhos de Saúde foram aprovados nos últimos doze anos, com exceção do Conselho Estadual de Saúde, cuja aprovação data de 1994.

Nos 08 RI de CG de serviços observou-se que as decisões se dão por maioria simples e todos contemplam suas regiões de abrangência ao definir a composição. O número de conselheiros varia bastante entre os diferentes CG: de 08 (Urest Gravataí) a 60 (Cerest Canoas). Quanto aos segmentos representados, em 06 (75%) RI não estão incluídos os prestadores de serviço. Somente um RI define que a coordenação do CG deve ser ocupada por representante do segmento “usuários”; em 05 (62,5%) há referência a comissões permanentes e/ou temporárias.

Quadro 1 – Relação dos serviços de referência em saúde do trabalhador atuantes no Estado do Rio Grande do Sul e informação quanto ao recebimento dos Regimentos Internos, segundo a região e a instância de controle social, 2016 (continua)

REGIÃO	SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	CONSELHO GESTOR	CONSELHO DE SAÚDE	CIST
Estado	Cerest Estadual	Recebido	Recebido	Recebido
Fronteira Oeste	Cerest Alegrete	NR	NR	NR
Vale dos Sinos	Cerest Canoas	Recebido	NR	NR
Serra	Cerest Caxias do Sul	Recebido	NR	NR
Alto Uruguai	Cerest Erechim	NR	NR	NR



Quadro 1 – Relação dos serviços de referência em saúde do trabalhador atuantes no Estado do Rio Grande do Sul e informação quanto ao recebimento dos Regimentos Internos, segundo a região e a instância de controle social, 2016 (conclusão)

REGIÃO	SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	CONSELHO GESTOR	CONSELHO DE SAÚDE	CIST
Missioneira	Cerest Ijuí	NR	Recebido	Recebido
Macronorte	Cerest Palmeira das Missões	Recebido	NR	NA
	Urest Ametista do Sul	NR	NR	NR
Nordeste	Cerest Passo Fundo	Recebido	NR	NR
Macrosul	Cerest Pelotas	NR	NR	NR
Porto Alegre	Cerest Porto Alegre	NA	NR	Recebido
	Urest Gravataí	Recebido	NR	NR
Vales	Cerest Santa Cruz do Sul	Recebido	Recebido*	Recebido*
	Umrest Santa Cruz do Sul	NR		
	Umrest Rio Pardo	NA	Recebido	Recebido
	Umrest Lajeado	NA	Recebido	NA
Centro	Cerest Santa Maria	Recebido	NR	NR
Fronteira Noroeste	Cerest Santa Rosa	NR	NR	NR

NR: Não recebido

NA: Não se aplica

*: Ambos serviços estão sediados no mesmo município, por isso os Regimentos Internos do Conselho de Saúde e da CIST são os mesmos.

Quanto ao custeio dos(as) conselheiros(as), 03 (60%) dos RI de Conselhos de Saúde têm artigo versando sobre sua garantia. Entre os CG, este item está presente em 06 (75%) RI. A responsabilidade pelo custeio de conselheiros(as) gestores(as) fica a cargo do município-sede do serviço em 03 (50%) destes RI, outros 02 responsabilizam o Cerest (33,33%) e somente 01 (16,67%) indica o município de origem do(a) conselheiro(a) como responsável.

Outro resultado observado diz respeito à aprovação do RI dos Conselhos Gestores: 05 (62,50%) documentos indicam sua aprovação pelo próprio CG e 04 (50%) indicam a aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde. Quanto à temporalidade, 07 (87,5%) RI de CG tem datas entre 2008 e 2015 e em 01 (12,5%) não constava a informação.

Alguns achados desta pesquisa merecem destaque pelo seu conteúdo: somente 01 RI (5,55%) explicita a disponibilidade de cópias das atas das reuniões do CG; 06



dos 18 RI analisados indicam algumas vagas para membros natos (coordenador de Cerest, profissional de Umrest, gestor), representando 33,33% do total; a relevância pública do cargo de conselheiro(a) é apontada por 07 RI (38,88%), mas somente em 03 destes a dispensa do trabalho é destacada; em 06 (33,33%) documentos, foram citadas outras instâncias de Controle Social, em 08 (44,44%) há referência a serviços de saúde (Cerest, Umrest, Vigilância em Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde), 02 (11,11%) citam a Renast, outros 02 indicam articulação com CG e 01 (5,55%) integração entre CIST e CG.

As atribuições e/ou competências elencadas nos regimentos recebidos foram classificadas por afinidade, conforme o foco de seu conteúdo: no(s) serviço(s), na política de saúde ou na política de saúde do trabalhador, nos(as) gestores(as) ou na gestão, nos(as) conselheiros(as), nos recursos humanos e na fiscalização de recursos, conforme apresentadas no Quadro II. Muitas dessas atribuições dialogam com os pressupostos da PNSTT (BRASIL, 2012).

Quadro 2 – Classificação das atribuições e competências das instâncias de controle social, segundo o foco, a partir da análise dos respectivos Regimentos Internos, 2016

(continua)

FOCO	CONSELHO GESTOR	CONSELHO DE SAÚDE	CIST
No(s) serviço(s)	Elaborar, acompanhar, avaliar, zelar e fiscalizar as ações do serviço Analisar, apreciar, deliberar sobre o Relatório de Atividades Elaborar Plano de Ações do serviço Deliberar sobre a prestação de contas do serviço Discutir e deliberar sobre as prioridades operacionais e metas estratégicas do Cerest Estabelecer diretrizes, acompanhar e avaliar programação e organização do serviço Aprovar as normas e rotinas técnico-administrativas necessárias para o funcionamento do Cerest Propor, acompanhar e avaliar a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Cerest	Avaliar, acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das unidades do setor privado prestador de serviço Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde	Acompanhar a construção do banco de dados na área de vigilância Promover, reivindicar e fiscalizar, juntamente com o Conselho, a organização, estrutura e funcionamento da Umrest Efetivar e avaliar ações de vigilância no município, em conjunto com o Cerest Emitir parecer sobre as atividades e os relatórios do Cerest Sugerir ações no Plano de Trabalho do Cerest Propor e acompanhar a implantação de medidas para melhoria dos serviços de saúde do trabalhador público e privado Assessorar e orientar a Umrest Acompanhar a atuação da vigilância em saúde do trabalhador
	Definir participação dos(as) conselheiros(as) em eventos Estabelecer processo de capacitação de conselheiros(as) Discutir, analisar e deliberar sobre a destituição da função de coordenador(a) do Conselho Gestor ou de	Encaminhar denúncias Discutir, elaborar, aprovar, operacionalizar, organizar e convocar as conferências de saúde Formular diretrizes e instituições para a formação e funcionamento de conselhos regionais de saúde	Subsidiar o Conselho de Saúde nas questões relativas à Saúde do Trabalhador Acompanhar as ações fiscalizadoras Acompanhar a Comissão de Fiscalização na área relacionada Elaborar relatório Participar das ações de



Quadro 2 – Classificação das atribuições e competências das instâncias de controle social, segundo o foco, a partir da análise dos respectivos**Regimentos Internos, 2016**

(continuação)

FOCO	CONSELHO GESTOR	CONSELHO DE SAÚDE	CIST
Nos(as) conselheiros(as) e na sua atuação	<p>conselheiro(a)</p> <p>Ter acesso integral a informações</p> <p>Solicitar a colaboração técnica especializada</p> <p>Participar na organização de eventos</p>	<p>Elaborar/modificar o Regimento Interno do Conselho</p> <p>Estimular articulação e intercâmbio com movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da saúde</p> <p>Informar, educar, divulgar as funções e competências do Conselhos</p> <p>Estabelecer processo de capacitação de conselheiros(as)</p> <p>Atualizar informações sobre o Conselho</p> <p>Promover avaliações de situações gerais de saúde, encaminhar moções, notas e sugestões</p> <p>Emitir resoluções</p>	<p>vigilância no município, em conjunto com o Cerest</p> <p>Interagir com o Cerest, a Vigilância em Saúde, o Ministério do Trabalho, a Brigada Militar e Ministérios Públicos</p> <p>Sugerir a indicação de representante do Conselho junto ao Conselho Gestor do Cerest</p> <p>Dar conhecimento à sociedade em geral da legislação em Saúde do Trabalhador</p> <p>Integrar as diversas instâncias envolvidas</p> <p>Propor e promover a educação permanente dos membros da CIST</p> <p>Articular-se com os poderes legislativo, judiciário e outras instituições</p> <p>Receber e encaminhar denúncias</p> <p>Informar ao Conselho as atividades desenvolvidas</p> <p>Instituir subcomissões temáticas</p>
Nos(as) gestores(as) e na gestão	<p>Solicitar e analisar Relatório de Gestão do município-sede/estado</p> <p>Elaborar, acompanhar, avaliar, fiscalizar a gestão municipal na área de abrangência</p> <p>Propor diretrizes e colaborar para a formação e funcionamento das CIST na abrangência do serviço</p>	<p>Organização e funcionamento do SUS</p> <p>Analisar, discutir, votar, apreciar e aprovar os Relatórios de Gestão</p> <p>Acompanhar a gestão do SUS</p> <p>Revisar periodicamente os planos de saúde</p> <p>Apreciar e aprovar a proposta do Plano Plurianual</p> <p>Acompanhar a implementação das propostas em resoluções aprovadas pelo Conselho</p>	<p>Sugerir a realização de inspeções, fiscalizações e análises de ambientes e processos de trabalho</p> <p>Promover e assessorar a implantação de CG dos serviços</p> <p>Promover a implantação e funcionamento e assessoramento das CIST</p> <p>Promover a participação das regionais de Saúde e Cerest regionais na CIST Estadual</p>
Na Política de Saúde (PS) e/ou Política de Saúde do Trabalhador (PST)	<p>Propor, acompanhar e avaliar a PST na região de abrangência</p> <p>Assegurar política de prevenção e assistência</p> <p>Propor ações para implantação da PST na região de abrangência/em todos os municípios</p> <p>Apreciar, deliberar, analisar, fiscalizar ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção</p> <p>Participar da elaboração, apreciar e deliberar sobre o Plano de Ações</p>	<p>Deliberar sobre PS e diretrizes</p> <p>Formular, controlar e fiscalizar execução da PS</p> <p>Estabelecer diretrizes, apreciar, aprovar, acompanhar e avaliar o Plano de Saúde</p> <p>Propor critérios definidores de qualidade e resolutividade</p> <p>Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas</p>	<p>Participar na elaboração e implementação da PST</p> <p>Acompanhar a implantação da Renast</p> <p>Elaborar pareceres sobre as propostas de PST</p> <p>Acompanhar as deliberações das Conferências de Saúde/Saúde do Trabalhador</p> <p>Articular políticas e programas de interesse para a PST</p> <p>Avaliar/analisar os projetos e plano de saúde, focando nas ações relacionadas à saúde do trabalhador</p> <p>Definir prioridades</p> <p>Propor e promover a realização de seminários, intercâmbios e debates relativos ao tema</p> <p>Promover a integração entre as CIST e CG de serviços</p>



Quadro 2 – Classificação das atribuições e competências das instâncias de controle social, segundo o foco, a partir da análise dos respectivos Regimentos Internos, 2016 (conclusão)

FOCO	CONSELHO GESTOR	CONSELHO DE SAÚDE	CIST
Nos recursos humanos	Participar do processo seletivo de profissionais para compor a equipe do serviço Participar da escolha do(a) coordenador(a) do serviço Fiscalizar a alocação de recursos humanos	Política de recursos humanos da saúde Deliberar, encaminhar e avaliar a política de gestão do trabalho e educação para a saúde no SUS	Propor e avaliar a política de formação e capacitação de recursos humanos na área Participar da elaboração da política de gestão do trabalho e da educação permanente de trabalhadores em saúde
Nos recursos econômicos e financeiros	Fiscalizar a alocação de recursos econômicos e financeiros Aprovar previamente convênios e termos aditivos Ter acesso integral às informações de caráter orçamentário e operacional Solicitar cópia de balancetes e gastos do Cerest Deliberar sobre prestação de contas do serviço Discutir e deliberar sobre as prioridades orçamentárias	Estabelecer critérios para execução financeira Acompanhar, fiscalizar e controlar a movimentação e destino dos recursos Deliberar e fiscalizar a aplicação de recursos Fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde Deliberar sobre contratos e convênios Aprovar proposta orçamentária Aprovar critérios e valores para complementação da tabela nacional Apreciar e aprovar a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde Apreciar e aprovar a lei de diretrizes orçamentárias e o plano de investimentos	Acompanhar, fiscalizar e monitorar permanentemente os recursos federais destinados à Renast e à vigilância em saúde, dando ciência ao Pleno do Conselho

Quanto ao “Questionário a ser aplicado para conselheiros de saúde, conselheiros gestores e membros de comissões de conselhos de saúde”, foram obtidos 32 acessos, com 01 indivíduo não autorizando sua participação no projeto de pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foram analisados 31 respostas de agentes do controle social. Sobre o perfil dos participantes da pesquisa, a distribuição segundo sexo e faixa etária pode ser visualizada na Tabela 1.



Tabela 1 – Distribuição dos conselheiros de saúde, conselheiros gestores e membros de comissões de conselhos de saúde, conforme sexo e faixa etária – Rio Grande do Sul, 2016

Faixa etária/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
De 25 a 29 anos	-	-	2	6,45	2	6,45
De 30 a 34 anos	-	-	-	-	-	-
De 35 a 39 anos	3	9,68	4	12,90	7	22,58
De 40 a 44 anos	-	-	2	6,45	2	6,45
De 45 a 49 anos	-	-	5	16,13	5	16,13
De 50 a 59 anos	4	12,90	5	16,13	9	29,03
De 60 a 64 anos	-	-	-	-	-	-
De 65 a 69 anos	-	-	1	3,23	1	3,23
NR	3	9,68	2	6,45	5	16,13
Total	10	32,26	21	67,74	31	100,00

NR: Não respondeu

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A maior parte dos questionários foi respondida por indivíduos do sexo feminino, totalizando 21 respostas (67,7%). Em relação à cor da pele, 27 (87,19%) responderam “branca”. Quanto à escolaridade, 17 (54,84%) responderam possuir “3º grau ou ensino superior completo”, seguido por “3º grau ou ensino superior incompleto”, com 05 respostas (16,13%). Quanto à ocupação, 14 (45,16%) são profissionais de saúde, 10 (32,26%) identificaram-se como funcionários públicos, enquanto aposentados e sindicalistas representaram 6,45% (n=2) das respostas cada e 03 (9,68%) indicaram outras ocupações. Vale destacar que em nenhum questionário foi identificada qualquer ocupação informal, deixando uma lacuna na representatividade desta grande parcela da população trabalhadora. Porém, tal situação se repete em todo país: “em nenhuma das CISTs em funcionamento constam entidades que representam categorias de trabalhadores informais” (RIOS, 2014, p.34). Esta não representação é preocupante, já que “o Brasil ainda tem 44,2 milhões de trabalhadores na informalidade” (RIOS, 2014, p. 34).

Quanto à participação em movimento sindical, 18 (58,06%) informaram não participar; entre os 12 (38,71%) que responderam sim, 10 participam do CES e 02 de CMS.

Os dados obtidos nesta pesquisa estão em consonância com outras avaliações “sobre o deficiente envolvimento das organizações de trabalhadores na luta pela saúde no trabalho” (RIOS, 2015, p.54).

A questão “De qual instância de Controle Social no SUS você participa?” permitia múltipla escolha. A instância com mais participação entre os entrevistados foi “Conselho Gestor de Cerest Regional”, com 19 respostas, seguida por “Conselho



Municipal de Saúde”, apontada por 11 indivíduos. 16 entrevistados (51,6% do total) participam de uma instância de controle social; 07 (22,58%) responderam participar de três instâncias e 06 (19,35%), de duas – ou seja, 93,5% dos entrevistados participam de até 3 espaços de participação social no SUS.

Quanto à modalidade de participação no Controle Social, 20 indivíduos (64,5%) identificaram-se como Conselheiro(a) de Saúde e 07 (22,6%) como Membro de Comissão de Conselho de Saúde. Dos(as) 20 conselheiros(as) de saúde que participaram da pesquisa, 08 (40%) representam o segmento profissional/trabalhador de saúde, 04 (20%) o segmento gestor(a), 02 (10%) o segmento prestador(a) de serviço e 01 (5%) representa o segmento usuário(a).

Foi afirmado por 21 (67,74%) e 23 (74,19%) entrevistados(as) que o Conselho de Saúde de seu município de residência e do município-sede do Cerest possui CIST, respectivamente.

Quanto à coordenação da CIST, 17 (54,84%) dos entrevistados responderam que fica a cargo de um(a) conselheiro(a) de saúde; 09 (29,03%) respostas indicaram que a CIST está sob a coordenação de um representante do segmento usuário.

A maioria das CIST no RS tem reuniões mensais (34,78%) e bimestrais (13,04%). Entretanto, 05 (25%) dos 20 conselheiros(as) de saúde não souberam informar a periodicidade das reuniões da CIST e 03 (15%) não souberam informar qual segmento representa o coordenador da CIST.

Os CG de Cerest foram identificados em 20 questionários, correspondendo a 76,8% das respostas. Em 16 (51,61%) casos, a coordenação do CG é ocupada por representante do segmento usuário(a), em 06 (19,35%) por profissional/trabalhador(a) de saúde e 03 (9,68%) por gestor(a). Este resultado – uma instância de controle social, com caráter deliberativo e fiscalizatório, dentre outras atribuições, sendo coordenada por representante do segmento gestor – causa surpresa e estranheza. A novidade do SUS foi incluir os usuários na gestão das políticas de saúde. O esforço pela paridade, ou pela coordenação de usuários em instâncias decisórias, é um dos aspectos que poderia dirimir as reais diferenças de poder decisório entre os segmentos representados. Pode-se dizer que a sociedade ainda precisa lutar para efetivar o empoderamento constitucional, pois a investidura de poder institucional, através das normas, não implica necessariamente estarem os usuários tão empoderados quanto os gestores e trabalhadores de saúde.

Embora 39,28% dos CG de Cerest encontrem-se com sua composição incompleta, a participação de seus membros foi avaliada como “regular” e “boa” por 16 (57,14%) e 07 (25%) pesquisados, respectivamente.

Os Conselhos Gestores possuem RI com definição de suas atribuições, conforme resposta a 26 (83,87%) questionários, porém sem aprovação no respectivo Conselho de Saúde em 03 casos (representando 9,67% do total de respostas).



A opinião e experiência do(a) entrevistado(a) foi analisada por meio de três questões. As respostas obtidas foram agrupadas considerando palavras-chave e ideia central.

Quanto às opiniões sobre o papel do CG do Cerest, os termos mais frequentemente utilizados foram “fiscalizar” (n=13, 41,93%), “acompanhar” (n=7, 22,58%), “propor” (n=6, 19,35%), “deliberar” e “aprovar” (n=5, 16,12% cada). Também foram citadas “contribuir”, “demandar”, “integrar”, “avaliar”, dentre outras.

Ainda sobre o papel do CG, 11 (35,48%) pesquisados(as) fizeram referência ao controle financeiro, monitoramento dos recursos, fiscalização de repasses/verbas, análise das contas e aprovação das verbas; dentre estas, foram citadas “comissão sobre a prestação de contas” e “cogestor, verificar se condizem com o plano”. Chama a atenção a preocupação com este poder fiscalizatório, ao mesmo tempo em que se simplifica esse papel como “aprovação das verbas”.

Somente 05 (16,12%) respostas sinalizam para um papel político e/ou de gestão compartilhada, explicitadas como “negociações e tratativas das questões administrativas”, “reivindicar junto ao gestor”, “controle dos gastos pela gestão”, “definir, estabelecer prioridades e programar [...] juntamente com o gestor” e “cobrar dos gestores”.

A preocupação com a área de abrangência do Cerest apareceu em 09 (29,03%) questionários, enquanto os campos de atuação (promoção, vigilância, educação) dos Cerest foram citados em apenas 03 respostas (9,67%). Com menos frequência, apareceram aspectos como “paridade” e “deliberativo”: somente 01 resposta cada (3,22%).

Sobre a relação entre CIST, Conselho de Saúde e Conselho Gestor de Cerest, 19 (61,29%) de 31 entrevistados(as) opinaram que deve se dar por meio de “união”, “apoio mútuo”, “participação mútua”, “compartilhamento”, de forma “integrada”, “harmônica”, “sintonizada”. Outros destacaram: “com diálogo” e a necessidade de ser “próxima” e haver “suporte um ao outro”, “meio de ligação, complemento um do outro”.

Entretanto, na experiência da maioria dos participantes, “há uma nítida disputa de poderes”, “existe pouca interação”, a relação está “abaixo do necessário”, “pouca ou inexistente”, “tímida”, “turbulenta”. Ainda a retrataram como “pouco atuantes”, “desconhecimento/confusão” e “dificuldade de comunicação”. Somente 04 (12,90%) respostas indicaram que a relação entre as referidas instâncias é de “apoio, união, participação mútua, diálogo”. Outros 04 (12,90%) classificaram como “tranquila, regular, boa” e 05 (16,12%) desconhecem a realidade.

Tais resultados sugerem que conflitos e disputas políticas também compõem o cenário destas ou entre estas instâncias, uma vez que o Controle Social é espaço de construção e revisão do SUS por representantes de diferentes setores, instituições



e ideologias. Esta disputa, também apontada por outros pesquisadores, está bem contextualizada por Severo (2008), citada por Hoefel e Severo (2011):

Sendo assim, tanto podem favorecer processos de transformação como servir à manutenção do status quo, isso vai depender da correlação de forças presente no interior dessas esferas, uma vez que elas refletem a heterogeneidade e as contradições da sociedade, bem como a conjuntura macropolítica de cada momento histórico, podendo apresentar avanços ou enfrentar grandes obstáculos ao aprofundamento da democracia participativa. (HOEFEL e SEVERO, 2011, p.124).

Quando questionados se as deliberações/discussões do Conselho de Saúde e CG de Cerest devem considerar as Conferências de Saúde, a resposta foi unânime: 100% assinalaram “Sim” (31 respostas). Porém, ao confrontar com a experiência dos entrevistados, somente 12 (38,70%) responderam que “Sim”, enquanto 10 (32,25%) responderam “Não” e 04 (12,90%) assinalaram a resposta “Ignorado”.

Cabe refletir se esta percepção, pelos(as) entrevistados(as), de que as deliberações das Conferências de Saúde não são consideradas nas discussões e deliberações das instâncias permanentes de Controle Social poderia ser modificada pela adoção de Plenárias de Devolutivas das Conferências, como já realizado pelo Conselho Nacional de Saúde em relação à III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nestas plenárias, conselheiros(as) de saúde, delegados(as) eleitos(as) nas conferências e outros atores sociais avaliaram as deliberações da etapa nacional e definiram prioridades e estratégias para sua efetivação no âmbito de cada estado (HOEFEL e SEVERO, 2011, p.127).

Quanto aos fatores que podem contribuir para o Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS, considerando a experiência dos(as) entrevistados(as), as respostas eram “abertas”. Os fatores “capacitação” e “qualificação” de conselheiros(as) foram citados nas respostas de 41,93% (n=13) dos(as) entrevistados(as) e “maior participação/participação no cotidiano dos serviços” por 08 (25,80%) indivíduos. Em 07 (22,58%) questionários, as respostas apontaram para a necessidade de uma discussão permanente, que considere os aspectos epidemiológicos, a representatividade da demanda e a intersetorialidade. O papel do gestor apareceu em 06 questionários (19,35%), explicitados como “mais responsabilidade do gestor”, “gestor cumprir com as propostas do conselho gestor”, “maior participação e facilitação pelo gestor”, “maior interesse/conscientização do gestor”. Na sequência, destacam-se igual número de respostas que indicam “vontade de ser conselheiro” e “aproximação com o movimento sindical” como fatores contributivos (n=4, 12,90% cada).

A busca por empoderamento e reconhecimento, aí incluídos “esclarecimento



da hierarquia dos conselhos”, “troca de experiências”, “união do grupo”, “maior divulgação”, “dar importância à CIST”, “respeito ao Conselho Gestor”, ficou evidenciada em 08 respostas, o que representa a percepção de 25,80% dos(as) entrevistados(as).

Em consonância a essa necessidade de institucionalidade das instâncias de Controle Social em Saúde do Trabalhador, o Ministério da Saúde publicou, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, uma Consulta Pública sobre o Manual da Renast. Em seu capítulo 4, no item 4.4, define os “Comitês de Gestão Participativa de Cerest” e justifica a criação dos mesmos:

São órgãos colegiados que objetivam ampliar a inserção e a abrangência da participação democrática no processo de gestão das unidades de saúde. [...] podem ter natureza consultiva ou deliberativa dentro do seu âmbito de atuação, ou seja, no que se refere à unidade de saúde. [...] Em função da existência de diversos conselhos gestores no âmbito da gestão dos Cerest, sem atender uma legislação específica, a formalização neste manual do Comitê de Gestão Participativa de Cerest visa unificar/homogeneizar os procedimentos relativos à criação destas instâncias [...]. (BRASIL, 2015, p. 74-75)

Verificaram-se 03 respostas (9,67%) contendo certa criticidade à distância entre discurso/proposições e prática/ações. Ainda apresentaram-se respostas referentes à necessidade de custeio e transparência na aplicação dos recursos (n=2, 6,45%)

Outras respostas merecem análise por sugerirem certa não compreensão do que é o Controle Social: “cuidado e controle dos imigrantes”, “inclusão de profissional da odontologia nas equipes de Cerest”, “apoio à aprovação da lei da Odontologia do Trabalho”, “valorização do Cerest municipal”, “controle e elaboração de programas e ações”, “foco na Saúde do Trabalhador e no nexo” – tais proposições não representam estratégias ou fatores que possam contribuir para o Controle Social em Saúde do Trabalhador, embora possam, sim, ser importantes para a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Estes achados sugerem que a participação em instâncias de Controle Social, como Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) e Conselhos Gestores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CG de Cerest), embora potencialmente de extrema riqueza para a cidadania, é ainda pouco compartilhada e envolta em incompreensões quanto a atribuições, representatividade, limites e responsabilidades.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa sugerem que Conselhos de Saúde, Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e Conselhos Gestores de Cerest/Urest/Umrest necessitam retomar seu papel propositivo e participativo para a efetivação da Saúde do Trabalhador no SUS, sem deixar de lado sua atuação fiscalizatória sobre os aspectos financeiros, o planejamento e o desenvolvimento das ações. A necessidade de integração entre as diferentes instâncias e, até mesmo, entre as CIST e seus conselhos, se evidencia tanto na análise documental, quanto nas percepções dos(as) entrevistados(as).

Os trabalhadores e suas representações estão distantes dos espaços de controle social com potencial influência sobre o desenho da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Rio Grande do Sul, aparentemente delegando estas definições ao segmento profissionais de saúde (que, nesta pesquisa, representam 45,16% dos respondentes).

Observou-se que a maioria dos Regimentos Internos (RI) dos Conselhos de Saúde, CIST e CG apresenta lacunas em sua formulação – seja nos itens referentes à composição, ao processo eleitoral, às deliberações/proposições, ao período de mandato, à aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde – ensejando uma revisão geral, contemplando todos os aspectos necessários ao seu bom funcionamento enquanto gestão compartilhada do SUS. Os RI são ferramentas de normatização e, apesar de serem formulados com dinamicidade, de acordo com a implantação da política de saúde, com demandas e cenários específicos, podem contribuir para fortalecer a participação social e responder, ao menos em parte, à necessidade de empoderamento e reconhecimento detectada nos resultados.

À medida que “educação permanente”, “capacitação”, “qualificação” aparecem em todos os RI analisados e em 41,93% dos questionários, sugere-se a priorização de modalidades de educação permanente para agentes sociais – conselheiros de saúde, membros de CIST, movimento sindical, a serem construídas coletivamente com o Controle Social, com apoio do Ministério da Saúde, em especial da Renast.

Levando em conta que 58,06% dos(as) entrevistados referem existir, em sua experiência, pouca integração/articulação entre Conselhos Gestores e CIST, além da busca por reconhecimento e da percepção de “disputa de poder”, considera-se importante que o Conselho Nacional de Saúde atente para o que está acontecendo no Controle Social em Saúde do Trabalhador, fomentando a discussão sobre a atuação dos Conselhos Gestores e demais instâncias formais do SUS, buscando sua normatização. A proposta do Ministério da Saúde, contida no Manual da Renast ainda não publicado, poderia, talvez, ser retomada e, se necessário, revisada e complementada.



Recomenda-se considerar a realização de Plenárias Devolutivas das Deliberações das Conferências de Saúde, ou outras formas de manter interligadas as instâncias formais de Controle Social do SUS.

Dos 18 municípios-sede de serviços de saúde do trabalhador atuantes no Rio Grande do Sul, obteve-se somente 05 Regimentos Internos de CIST. Este é um resultado preocupante e remete à necessidade de fomentar a criação e o funcionamento das CIST. Nem todos os serviços de saúde do trabalhador possuem Conselho Gestor e nem todos disponibilizaram os RI. Mais que atender uma previsão legal, CIST e CG podem contribuir para a construção coletiva e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), oferecer retaguarda política, apresentar demandas e propostas estratégicas para a atuação técnica especializada.

Consideramos como limitações da pesquisa o pequeno número de conselheiros(as) e membros de comissões que responderam ao questionário (n=31), a constatação de que alguns serviços não possuíam o regimento dos conselhos gestores, conselhos de saúde e CIST dos municípios onde estão sediados e que alguns conselhos, mesmo tendo sido contatados diretamente, não responderam às mensagens enviadas.

Nem todos os resultados da pesquisa puderam ser aprofundados neste artigo, suscitando a elaboração de novas análises a partir dos dados encontrados, visando ampliar ainda mais o conhecimento sobre o Controle Social em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul, fortalecendo a participação social nestes espaços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998a. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-n%C2%BA-3120-1%C2%BA-julho-1998>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

_____. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>. Acesso em: 27 abr. 2016.

_____. Portaria GM/MS nº 2.728, de 1 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000615_Portaria%20MS%20n%C2%BA%202728%202009%20RENAST.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2015.



_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 06 jan. 2015.

_____. Consulta Pública nº 6, de 6 de outubro de 2015. **Manual da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST**. Disponível em: <[file:///C:/Users/Adriana/Downloads/201510071454_201510071429_MANUAL_DA_RENAST%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/201510071454_201510071429_MANUAL_DA_RENAST%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2016.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2012, p. 138-151. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O. Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, 2011, p. 119-138. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1062/970>>. Acesso em: 26 jul. 2016

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 54-76.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. p. 2329-2338. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800017&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 01 dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria nº 70, de 18 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/13129120094508%20PORTARIA%20N%BA%2070.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. Resolução CIB/RS nº 088, de 9 de março de 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1420821408_RESOLUCAO%20CIB_RS_088_2012.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. Guia de profissionais responsáveis pela saúde do trabalhador(a) do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1454693184_guia%20de%20profissionais%20da%20st%202016%20_3_.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2016.

RIOS, Olga de Oliveira. **Análise Situacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador de Âmbito Estadual e Nacional (2012-2013)** 2014. 76 f. Dissertação



(Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14204/1/166.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: UNICAMP, 2000. p. 12. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper46.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SKAMVETSAKIS, A. Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, 2006. p.157-165.



IMPLANTAÇÃO DE COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR MUNICIPAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristina Telles Silva¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador, entende por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, e visa a recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2002).

Diante das inúmeras transformações que o mercado de trabalho vem sofrendo é cada vez mais essencial a participação popular na gestão do SUS. Segundo Skamvetsakis (2006), vale destacar que a saúde do trabalhador talvez seja, entre os diversos campos da saúde pública, o que mais se aproximou do Controle Social, reconhecendo sua legitimidade de participação nas Políticas Públicas de Saúde.

Atualmente, essa participação popular acontece através das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, do Conselho Gestor do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como nas Conferências de Saúde, pois, segundo Coelho (2012), a participação social é determinante fundamental da democracia. Não é concessão nem exigência burocrática, mas uma conquista social. A participação plena significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social. Ela se constitui de forma politizada e

1 Enfermeira / Prefeitura Municipal de Venâncio Aires.

2 Enfermeira/ Docente do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador.



permite que um coletivo decida sobre assuntos de interesse geral.

O trabalho na Vigilância Epidemiológica do município de Venâncio Aires/RS, possibilitou à pesquisadora o acesso ao Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINAs) no município causando preocupação o elevado número de notificações. Mesmo sabendo-se que existem dados subnotificados, o município apresenta um número importante de notificações, sendo o segundo maior município notificante da região da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) (SIST, 2015). No ano de 2006, o município teve apenas duas notificações digitadas no Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) do estado do Rio Grande do Sul, mas passou a superar anualmente a meta estadual, chegando a notificar 428 casos no ano de 2011. Essa realidade aponta para a necessidade de avançar nas questões da saúde do trabalhador no município.

Nesse sentido, a criação de uma Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST permitirá adotar ações para conhecer a situação de saúde dos trabalhadores do município, bem como para adotar medidas visando possíveis mudanças nos ambientes de trabalho. Essa Comissão está prevista na já citada Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tem como objetivo assessorar o Conselho Nacional de Saúde – CNS no acompanhamento dos temas relativos à saúde. É uma comissão de extrema importância para apoiar as medidas de prevenção e procedimentos a serem adotados quanto à saúde dos trabalhadores em um município, pois tem como proposta a participação dos mesmos nos processos de identificação das situações de risco presentes em seus ambientes de trabalho e as repercussões sobre a sua saúde (BRASIL, 1990).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivos descrever as atividades e ações realizadas no processo de implantação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador no Município de Venâncio Aires/RS; destacar as potencialidades, limitações, avanços e desafios vivenciados nesse processo; colaborar com a Implantação da CIST, de forma a fortalecer as ações de saúde do trabalhador no município, e sugerir ações de aprimoramento das atividades de saúde do trabalhador existentes no Município.

METODOLOGIA

O presente trabalho constitui um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido no município de Venâncio Aires/RS.

O município localiza-se entre os Vales do Rio Pardo e Taquari, a 130 km da capital do Estado do RS. Conta com uma população estimada de 69.512 habitantes, sendo 40% da área rural e 60% da área urbana. A atividade econômica predominante é o cultivo e processamento do tabaco mas vem decrescendo nos últimos anos devido



a uma política de diversificação da agricultura familiar incluindo outras plantações como milho, aipim, soja, arroz, erva mate e incremento da agropecuária em geral. Segundo dados da Secretaria da Fazenda do município, atualmente existem 4.554 empresas cadastradas e 4.000 famílias trabalhando na fomicultura.

O sistema de saúde é de gestão plena, portanto, o município é referência regional para alguns serviços de saúde. É servido pelo Hospital São Sebastião Mártir, situado na zona urbana e também pela UPA. O município totaliza cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família e 14 Unidades Básicas de Saúde, sendo cinco unidades na zona urbana e nove na zona rural. Possui um CAPS, um CAPS-AD, e um Posto de Atendimento Médico (PAM). O Posto de Saúde Central é referência para o atendimento materno infantil e vacinas. Possui uma Unidade de Atendimento a adolescentes e jovens (UAIJ) dependentes químicos, com funcionamento durante 24 horas. O CADI- Centro de Atendimento a Doenças Infecciosas atende pacientes em tratamento de HIV e Hepatites Virais, onde fica também a Vigilância Epidemiológica, juntamente com a área de Saúde do Trabalhador. Em 2015, a equipe de saúde prisional de Venâncio Aires iniciou as atividades diariamente junto a PEVA- Penitenciária Estadual de Venâncio Aires.

A saúde do trabalhador no município desenvolvia atividades no setor de Vigilância Epidemiológica, onde também eram realizadas a digitação das RINAs, investigações de óbitos referentes ao trabalho, palestras nas empresas e nas Unidades Básicas de Saúde. Em 2015, ainda, a saúde do trabalhador passou a ser desenvolvida no Posto de Saúde PAM, com a possibilidade de atendimento e agendamento com médicos especialistas, conforme a necessidade do paciente. Atualmente é desenvolvida em unidade de saúde juntamente com uma unidade de ESF.

O Conselho Municipal de Saúde de Venâncio Aires mensalmente realiza suas reuniões em uma das unidades de saúde do município, onde possui uma sala específica para esses encontros. Atualmente o Presidente do Conselho é um representante do Sindicato dos Metalúrgicos, o que contribui para a discussões sobre assuntos relacionados à saúde dos trabalhadores do município.

O presente estudo iniciou com a realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema. Após a elaboração e descrição do projeto foi solicitada autorização do Secretário Municipal de Saúde para desenvolver o estudo. As atividades desenvolvidas no município de Venâncio Aires, referentes à saúde do trabalhador, foram descritas em etapas e diferentes momentos, incluindo a participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, quando foi proposta a criação de uma CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo se descreve e discute as atividades já realizadas no município de Venâncio Aires visando a saúde do trabalhador possa ser efetivada como uma Política pública no município.

Segundo Costa (2013), o campo da saúde do trabalhador, embora em pleno desenvolvimento no Brasil, nos últimos anos, têm enfrentado grandes obstáculos para se consolidar como uma política efetiva. Entre esses percalços podemos citar os serviços que funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores. É preciso que em todas as esferas de governo seja no âmbito municipal, estadual ou federal, sejam consolidadas ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em sentido mais amplo.

1º Momento- A área de saúde do trabalhador no município

Durante muitos anos, o Programa de Saúde do Trabalhador, foi desenvolvido juntamente com a Vigilância Epidemiológica, onde eram realizadas as digitações das RINAs, investigações de óbitos referente ao trabalho, palestras nas empresas e nas Unidades Básicas de Saúde. As visitas nas empresas ocorriam visando a sensibilização dos empregadores sobre a importância da notificação, desonerando os mesmos de qualquer penalidade futura.

Dessa forma, o preenchimento do RINA, no município é realizado por diferentes responsáveis como por empregadores, por profissionais da saúde do Hospital São Sebastião Mártir, pelo enfermeiro responsável pelo Programa de Saúde do Trabalhador municipal e por profissionais de saúde das demais Unidades Básicas de Saúde. Com esta ação visa-se conhecer, coletar e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica por meio de uma rede informatizada. Este sistema de informação deve ser alimentado pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo para apoiar o processo de investigação e subsidiar a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Seu uso foi regulamentado em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal, visando a proteção individual e coletiva dos trabalhadores, promovendo a melhora na qualidade de vida dos mesmos (MANUAL DO SINAN, 2009).

Além disso, em 28 de abril de 2004, foi criada a Portaria Nº 777 que estabelece a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela no SUS, tendo em vista a necessidade de disponibilizar informações consistentes e ágeis sobre o perfil dos trabalhadores e sobre ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para que se possam desenvolver ações de saúde e intervir nos ambientes e condições de trabalho, visando a melhora da qualidade de vida dos trabalhadores.



Essas ações, conforme a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei n.º 8.080/90), que regulamentou o SUS e suas competências no campo da Saúde do Trabalhador, visam à promoção, proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde dos mesmos, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Em várias oportunidades realizou-se eventos relativos a datas alusivas, em especial ao tema de prevenção das LER/DORT- Lesões por esforços repetitivo e distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho. As LER/DORTs constituem um importante problema dentro do campo de atuação do Programa de Saúde do trabalhador, pois há dificuldades de reconhecimento e estabelecimento do nexos causal por parte dos empregadores, necessitando, portanto, a sua prevenção e tratamento de atenção especial.

Com a crescente demanda do número de notificações e a procura dos pacientes referente aos agravos de saúde do trabalhador, sentiu-se a falta de um local e de uma equipe que pudessem atender especificamente estes casos. Dessa forma realizou-se, também, encaminhamentos de pacientes com casos graves para o CEREST/VALES, entre outras atividades, o que deu maior visibilidade ao programa municipal. O CEREST/VALES, localizado em Santa Cruz do Sul, é referência para atendimento em saúde do trabalhador para 68 municípios. Em conformidade com a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, sempre pudemos contar com o apoio do CEREST/VALES na articulação com as equipes e sempre que necessário com a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel, no apoio matricial a toda rede SUS, de extrema importância para que a Política de Saúde do trabalhador possa ser implantada de fato. O CEREST presta atendimento individual e coletivo visando a promoção e proteção de políticas que assegurem o controle de risco e a proteção de doenças relacionadas aos ambientes de trabalho.

Assim, após detida análise dos dados epidemiológicos, realizou-se, também, vigilância em ambiente de trabalho. Segundo a Portaria Nº 3.120, a Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe a vigilância em saúde e constitui uma atuação contínua no sentido de conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, a fim de planejar ações, executar e avaliar intervenções a serem realizadas, de forma a eliminar ou controlar os fatores de risco existentes em um determinado lugar.

Em 2015, o Programa Saúde do Trabalhador passou a ser desenvolvido no posto de saúde PAM, onde havia a possibilidade de atendimento e agendamento com médicos especialistas, conforme a necessidade do paciente. Atualmente, a saúde do trabalhador passou a ser desenvolvida no novo posto de saúde Gressler, juntamente com uma unidade de ESF.



Além disso, vários eventos relacionados a datas alusivas a saúde do trabalhador foram realizados como capacitações na UBS- Unidades Básicas de Saúde, ESF- Equipes de Saúde da Família e EACS- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, capacitações essas voltadas para a importância das notificações e do trabalho infantil, entre outros assuntos. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009) define a Educação Permanente como sendo a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem.

No interior das empresas vigoram modos de gestão cuja finalidade é capturar a subjetividade dos trabalhadores para engajá-los nos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais (COSTA, 2013). Para atender essa demanda, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para ouvir além das respostas referentes aos sintomas físicos, reconhecendo o paciente como um ser humano integral e entendendo que o trabalho desempenha importante papel na construção da identidade do ser humano e que a atividade desempenhada diariamente, pelo indivíduo, está diretamente ligada ao seu processo de adoecimento e morte.

Essas ações de sensibilização são necessárias, visto que conseguem que os trabalhadores e gestores do SUS incorporem na sua prática do dia a dia a compreensão de que o trabalho é um determinante do processo saúde-doença e de que se necessita do envolvimento de todo o sistema de saúde para que seja garantido o cuidado integral dos trabalhadores, o que constitui um grande desafio. Além disso, como a atenção básica constitui a porta de entrada do sistema de saúde, deve, portanto, estar preparada para prestar atendimento integral aos trabalhadores (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Em 2012, houve a adesão do município no Programa de Educação para o Trabalho - PET/ Vigilância. Este programa consistia em um projeto do Ministério da Saúde, em conjunto com a UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul, e foi desenvolvido nos municípios de Venâncio Aires, Rio Pardo e Santa Cruz do Sul. Para o seu desenvolvimento, a UNISC selecionou dois alunos bolsistas e o município indicou o enfermeiro responsável pela saúde do trabalhador para ser o preceptor. Diversas foram as ações desenvolvidas nesse período, visando a prevenção e conscientização da população sobre o tema. Realizou-se reunião com o Secretário Municipal de Saúde, para colocá-lo a par do projeto, solicitando autorização para que o mesmo fosse consolidado, gerando novos encontros para relatos sobre os avanços obtidos.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Este projeto visa à formação do aluno através do trabalho, oferece oportunidade de troca de conhecimento e experiência entre



profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e alunos de cursos de graduação da área da saúde, oportunizando aos alunos vivenciar problemas reais de saúde pública e discutir, com seus preceptores e tutores possíveis estratégias para solucioná-los (BRASIL, 2016). Além disso, oportuniza a realização de estudos sobre vigilância em saúde e amplia a integração entre serviços de saúde e instituições de ensino superior. A participação dos profissionais desses serviços, no processo ensino-aprendizagem dos alunos em ações de vigilância em saúde, mediada pelo tutor, é relevante no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, pois contribuem com a formação de competências necessárias às práticas de saúde dessa área.

Os participantes do PET realizavam reuniões semanalmente, na UNISC, para organizar as atividades entre outros assuntos. Durante esse tempo realizaram-se diversas atividades, representando uma excelente oportunidade para discussão sobre o tema saúde do trabalhador no município. Dentre as ações do PET Vigilância, a elaboração do material educativo em saúde do trabalhador foi muito bem aceito pelos sindicatos e população em geral, porque visa esclarecer sobre os seus direitos, apresentando um organograma padronizado de referência para o atendimento em caso de necessidade.

Para Machado et al. (2007) a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade e envolve vários atores: estado, comunidade, família e indivíduo. Dessa forma, a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas consiste na integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos.

Também iniciou-se um trabalho conjunto com os sindicatos do município, com a sua colaboração para a realização de eventos e distribuição de folders de orientações gerais. Com o auxílio dos sindicalistas, o programa passou a ser procurado e vários casos de doenças físicas e o assédio moral começaram a se tornar evidentes. De acordo com a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS, é de extrema importância o envolvimento do maior número de representações possíveis da comunidade, como representantes dos sindicatos dos mais diversos ramos de atividades e população em geral, pois delas é que provêm as principais demandas existentes.

Em outro momento, também realizamos reunião com o Conselho Municipal de Saúde para apresentar o projeto, colocando-os a par das atividades que seriam realizadas e, posteriormente, apresentamos os objetivos alcançados. Os Conselhos Municipais de saúde surgiram como resultado da luta pela democracia no país, por melhores condições de saúde. Houve uma série de movimentos, tendo a participação de diversos atores sociais unidos no Movimento de Reforma Sanitária. Dessas lutas e debates surgiu a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Essas



lutas constituem um espaço privilegiado para a participação da população, são espaços deliberativos que rompem com as tradicionais formas de gestão. Devem ser criados por lei municipal, estadual e federal, e, segundo a Lei 8.142/90, basear-se nos princípios democráticos, escolhendo a demanda da população considerada nas resoluções das conferências de saúde (BRASIL, 2003). Devem ser compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, o que representa uma importante inovação do setor saúde brasileiro, que antes possuía uma tendência clientelista e autoritária do Estado Brasileiro.

No dia 09 de Outubro de 2014, contamos com a presença de profissionais do CEREST/VALES para realização da Reunião da Rede Regional de combate ao trabalho infantil “Anjos do Amanhã”, momento importante para a sensibilização dos Agentes Comunitários de saúde, entre outros profissionais. Outro fato importante foi a participação na Conferência Regional de Saúde do Trabalhador, bem como na sua relatoria, realizada na UNISC, em Santa Cruz do Sul. Posteriormente, os debates ocorridos na Conferência Estadual de Saúde também favoreceram o crescimento e entendimento do amplo tema que compreende a saúde do trabalhador.

2º Momento: Proposta de implantação da CIST

No mês de maio de 2015, a proposta de implantação de uma CIST, foi apresentada na reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde pela primeira vez, e no primeiro momento, foi questionada a formação de mais uma comissão e também o que isto representaria no quesito demanda de serviço bem como no quesito da formação de representações. Nesse momento também tivemos o apoio dos sindicalistas presentes e que já vinham realizando um trabalho conjunto com a Coordenadora Municipal do Programa de Saúde do Trabalhador.

Esta comissão vem ao encontro da Portaria Nº 3.120, que recomenda a criação desse tipo de comissão na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada ao SUS. Essas comissões são subordinadas aos Conselhos Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

No dia 16 de junho de 2015, houve uma importante reunião nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde com a presença do Conselho Gestor do CEREST/VALES, composto de profissionais com muitos anos de experiência no tema Saúde do Trabalhador. Nesse evento, entre outros assuntos, discutiu-se a formação de uma CIST- Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador, e contou-se com a presença de um representante do Conselho Nacional de Saúde do Trabalhador, momento este que foi muito importante para elucidar o assunto e dirimir algumas dúvidas e receios. Para Skamvetsakis (2006) a instalação dos Conselhos Gestores em todos os serviços



de referência saúde do trabalhador é de extrema importância, pois ele antecipa o funcionamento do mesmo e constitui uma parte da gestão compartilhada.

Em 26 de junho de 2015 realizou-se no município a 7ª Conferência Municipal de Saúde, intitulada: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Este foi um momento ímpar para discutir assuntos relacionados a saúde e meio ambiente juntamente com a população, com sindicatos e com profissionais da saúde, entre outros.

No mês de novembro, o tema foi retomado na reunião do Conselho Municipal de Saúde e reapresentada na reunião do mês de dezembro, visto que, nesse momento, havia a presença de vários conselheiros novos. Em janeiro de 2016, como combinado, ocorreu a reunião, com número reduzido de conselheiros, para tratar exclusivamente sobre o tema CIST- contando com a presença de profissionais do CEREST/VALES para esclarecimentos de dúvidas pertinentes ao tema.

Na reunião do mês de abril, a reunião ocorrida em janeiro foi repassada ao grande grupo de conselheiros e foi acertado que o assunto entraria na pauta da próxima reunião. Assim, na reunião do mês de maio, os conselheiros foram questionados sobre quem gostaria de fazer parte da CIST, havendo interesse de oito pessoas. Nesse momento, agendou-se a primeira reunião da CIST para outra data, antecipando a reunião do Conselho Municipal, tendo em vista, as demandas que possivelmente iriam surgir.

3º Momento: Situação atual da CIST

No presente momento, a CIST está sendo formada e já ocorreu o primeiro encontro, no dia 27 de junho de 2016. Nesse dia, nas dependências da Secretaria Municipal da Saúde, discutiu-se sobre os profissionais que seriam convidados para fazer parte dessa comissão, a instauração de portaria de formação e a previsão da construção do seu regimento interno. No mês de agosto, a reunião contou com a presença de 14 pessoas, dos mais diversos ramos de atuação, iniciando-se a discussão de temas relevantes a e agendamento do próximo encontro.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, tem como atribuições a elaboração de Normas Técnicas que sirvam para estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador formulação e implementação de políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho e participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho.

De acordo com a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), que dispõem sobre a participação comunitária na gestão do SUS, devem fazer parte dessa comissão o maior número de representações possíveis da comunidade, como representantes dos sindicatos dos mais diversos ramos de atividades e população em geral e outros órgãos competentes. Esta comissão visa o empoderamento e apoio da equipe de Saúde do Trabalhador



em situações de riscos identificados pela mesma e possibilita a adoção de normas, critérios e padrões para que possa haver o controle das condições em ambientes de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras são as iniciativas que a sociedade brasileira tem procurado consolidar como avanços nas políticas públicas de atenção integral em saúde do trabalhador nas últimas décadas, porém muitos são os obstáculos para que as mesmas se consolidem como Programa de Saúde no SUS e que possam contribuir para efetivar melhorias na saúde da população.

O tema Saúde do Trabalhador constitui um assunto muito amplo e muitas vezes de difícil reconhecimento, até mesmo por profissionais de saúde, que não possuem um conhecimento profundo sobre o assunto. Entende-se que são vários os agentes, doenças físicas e mentais a que os trabalhadores estão expostos e que o acidente de trabalho é facilmente visualizado.

A implantação de uma CIST contribui para o diagnóstico local, bem como para organizar atividades que visem a promoção da saúde dos trabalhadores. Além disso, auxilia em manter o tema saúde do trabalhador sempre em discussão, fazendo com que se consiga melhores ambientes de trabalho.

A realização das atividades constituiu um importante trabalho na divulgação do tema, alertando a população em geral sobre os riscos existentes e as formas de prevenção às doenças do trabalho. O processo de planejamento e realização das ações foi vivenciado de forma muito positiva e o desenvolvimento das atividades foi bem recebido.

Espera-se com a realização deste trabalho, que o relato de implantação da CIST venha a colaborar com as ações em saúde do trabalhador no município, bem como colaborar para que o campo de Saúde do Trabalhador possa ser fortalecido como um importante programa no SUS, compatível com a complexidade do seu objeto em questão. Além disso, espera-se que o mesmo possa servir de incentivo para que novas CISTs municipais sejam implantadas.

REFERÊNCIAS

AMADOR, F.S.; SANTORUM, K.M.T. Universidade, movimentos sociais e políticas públicas em saúde do trabalhador: potencializando redes. In: MERLO, A.R.C. (Org.). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004, p. 95-126.



BERTOLINI, G. C.S., DIAS, M. D.A., PIMENTA A.L. **Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**: Análise a partir de uma experiência municipal. Rio de Janeiro, v. 9, 2011.

BRASIL. **Portal da Saúde**. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASILIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família; 5, 2002.

BRASILIA. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASILIA. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde: de gestos insólitos e de erros na execução dos cuidados. Disponível em: <conselhosau.de.gov.br>. Acesso em: 28 nov. 2015.

BRASILIA. Portaria Nº 1.823 de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASILIA. Portaria Nº 777 de 28 de abril 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASILIA. POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. DF, 2009.

COELHO S. Juliana. **Construindo a Participação Social no SUS**: um constante repensar em busca de equidade e transformação. 2012.

COSTAS, Danilo. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. saúde ocupacional**. São Paulo, 2013.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

MARTINS C. P. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matizes da Utopia. **Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, J. T. BOBROFF, M.C.C.; KARINO, M.E. Reflexão sobre as políticas de saúde do Trabalhador no Brasil: Avanços e desafios. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 10, n. 2, p. 395-400, abr./jun. 2011.



MENDES, Jussara. **O verso e o averso de uma história**. Porto Alegre, Ed. PUCRS, 2003.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.16, 2005.

QUEIRÓZ, M. F. F. et al. Grupo PET-Saúde/Vigilância em Saúde do Trabalhador Portuário: vivência compartilhada. **Interface**, Botucatu, vol.19, 2015.

ROLIM, B. L. et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, 2013.

SANTORUN, Katia e MACEDO, L. Maria. A intersectorialidade na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: por um SUS de verdade. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, nº 23, 2001.

SKAMVETSAKIS, Adriana. Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.



