

Percepção de servidores municipais frente ao diagnóstico de distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho

Public officers' perceptions of work-related musculoskeletal disorder diagnosis

Mirna Albuquerque Frota¹, Marcelo de Carvalho Filgueiras²

Colaboradora: Lorena Barbosa Ximenes³

Estudo desenvolvido no Instituto de Previdência do Município de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

¹ Enfermeira; Profa. Dra. do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza

² Fisioterapeuta; Prof. Ms. da Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, PI

³ Enfermeira; Profa. Dra. da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mirna Frota
R. Manoel Jacaré 150 apto.
1401 Meireles
60175-110 Fortaleza CE
e-mail: mirnafrota@unifor.br;
profmarcelo@unifor.br

APRESENTAÇÃO
abr. 2008

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
nov. 2008

RESUMO: As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são distúrbios do aparelho locomotor de etiologia ligada à atividade laboral que vêm apresentando incidência crescente em todo o mundo. Este estudo teve o objetivo de descrever a forma como servidores municipais de Fortaleza, CE, vivenciam as DORT. O estudo qualitativo foi realizado em uma clínica de fisioterapia em 2004. Os informantes foram nove servidores (com idades entre 40 e 57 anos) em atendimento fisioterápico na clínica – agentes administrativos, professores e um técnico. Os dados foram coletados por meio da observação participante e de entrevista semi-estruturada. Da análise emergiram as categorias temáticas “reações frente ao diagnóstico e tratamento” e “vivência da doença nas relações interpessoais”. Os resultados permitiram inferir o impacto do diagnóstico da DORT no cotidiano do trabalhador: a limitação funcional leva à frustração e indignação; o não-reconhecimento pelos colegas gera a percepção de rejeição ou exclusão social. A reação de negação inicial, que leva o trabalhador a evitar a procura de atendimento especializado, é importante pela subnotificação gerada, que provoca limitação nas medidas de prevenção e controle das DORT.

DESCRIPTORES: Saúde do trabalhador; Transtornos traumáticos cumulativos

ABSTRACT: Work-related musculoskeletal disorders (WRMD) have shown increasing incidence all over the world. This study aimed at describing how public officers (in Fortaleza, CE) react to a WRMD diagnosis. In this qualitative study, data were collected by means of participant observation and interviews with nine informants (aged 40 through 57), recruited at a rehabilitation clinic in 2004; they were office clerks, teachers, and a technician. Two subject-matter categories emerged from data analysis: reactions to diagnosis and treatment; and interpersonal relation changes after diagnosis. Results allowed for inferring the impact of WRMD in workers' daily lives: functional limitation leads to frustration and indignation; the illness non-acknowledgment by workmates brings a feeling of rejection and exclusion. The initial reaction of denying the illness – hence not resorting to medical assistance – points to the issue of underreporting, which hinders WRMD both prevention and control.

KEY WORDS: Occupational health; Cumulative trauma disorders

INTRODUÇÃO

As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são distúrbios do aparelho locomotor de etiologia ligada à atividade laboral que vêm apresentando incidência crescente em todo o mundo¹. No Brasil, a magnitude e a gravidade dos casos diagnosticados e acompanhados pelos centros de referência de saúde do trabalhador comprovam sua importância no contexto da saúde coletiva, tomando proporções de epidemia^{2,3}.

Apesar de ser um grupo de doenças associado ao uso de novas tecnologias, como computadores, seu surgimento não é recente. Relatos de Ramazzini⁴ no século XVIII já atestavam os efeitos maléficos de uma vida sedentária, esforços repetitivos e pressão psicológica para a saúde de escribas e notários.

As causas predisponentes às doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho na época de Ramazzini ainda se encontram presentes, consistindo em aspectos multifatoriais ligados à postura e nível de estresse no trabalho, o que pode resultar em altos níveis de dor em trabalhadores^{5,6}.

As DORT acometem principalmente os membros superiores, provocando dor crônica e incapacidade. Para além dos sinais e sintomas físicos, porém, apresentam características complexas que demandam estudos baseados nas ciências humanas e sociais aplicadas à saúde. Sato⁷ defende a importância de se incorporarem categorias antropológicas, sociológicas e psicossociais, visando aprofundar o entendimento desses distúrbios. Além da incapacidade para o trabalho e influência na maior parte das atividades cotidianas, os aspectos subjetivos dos pacientes incluem intenso sofrimento físico e psíquico⁸.

Assim, elucidar aspectos subjetivos dessas doenças é tão significativo quanto conhecer seus sinais e sintomas. Este estudo objetivou descrever a percepção de servidores municipais com diagnóstico de DORT, verificando o impacto desta em seu cotidiano.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que busca desvendar o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores de determinada população⁹. Foi desenvolvido na Clínica de Fisioterapia do Instituto de Previdência do Município de Fortaleza, CE, que atende a servidores municipais e seus dependentes, profissionais de diversas ocupações – oferecendo assim condições satisfatórias tanto no que se refere ao acesso a informantes como ao espaço físico adequado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza; os informantes foram esclarecidos sobre a natureza, objetivos e relevância do estudo, assinando o termo de consentimento. Durante toda a pesquisa foram estritamente observados os aspectos éticos. Para preservar o anonimato, os sujeitos foram indicados como “trabalhador”, numerados de acordo com a ordem da entrevista (T1, T2...T9).

Os informantes foram nove servidores municipais da ativa acometidos por doença osteomuscular relacionada ao trabalho, recrutados por conveniência dentre os pacientes em atendimento fisioterapêutico que tivessem diagnóstico clínico de DORT.

Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2004, por meio de observação dos pacientes em atendimento, registrada em diário de campo, e entrevistas semi-estruturadas, agendadas e realizadas na própria clínica. As entrevistas partiam de questões norteadoras –

Como você se sentiu diante do diagnóstico? O que a doença mudou em sua vida? Como você percebe os outros em relação a isso? – que abriam a discussão para alcançar um diálogo livre, em que os fatores culturais envolvidos no adoecimento por DORT se fizessem notar, englobando a percepção acerca da doença e suas implicações.

Os depoimentos coletados foram organizados e analisados de acordo com a técnica de análise do discurso, compreendendo a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, permitindo inferências acerca de determinado assunto do qual o informante é conhecedor¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra é exposta no Quadro 1. Suas profissões eram: um funcionário de usina de asfalto, quatro agentes administrativos e quatro professores. A faixa etária variou entre 40 e 57 anos. Quanto ao diagnóstico, apesar de apresentarem diversas patologias, todos tinham a caracterização de DORT pelo médico perito do Instituto de Previdência do município.

Da análise dos dados emergiram as categorias temáticas “reações frente ao diagnóstico” e “vivência das relações interpessoais com a doença”. A análise permitiu apreender uma trajetória comum aos pacientes com diagnóstico de DORT.

Quadro 1 Caracterização dos informantes

Sujeito	Idade*	Sexo	Diagnóstico	Função
T1	46	M	Lombalgia	Agente administrativo
T2	46	F	Tendinite do supra-espinhoso	Professora
T3	49	M	Cérvico-braquialgia	Técnico de usina de asfalto
T4	53	F	Lesão de manguito rotador	Professora
T5	55	M	Tendinite do supra-espinhoso	Professor
T6	44	F	Epicondilite lateral	Agente administrativa
T7	53	F	Lesão de manguito rotador	Professora
T8	40	F	Epicondilite lateral	Agente administrativa
T9	57	F	Síndrome do túnel do carpo	Agente administrativa

* em anos; M = masculino; F = feminino

Reações frente ao diagnóstico

Observou-se que os trabalhadores procuram negar o surgimento dos primeiros sintomas. Essa negação é uma forma de resistência, não-intencional, uma reação defensiva, de acordo com suas crenças e valores¹¹. Apenas uma pequena parcela das pessoas acometidas relata a doença espontaneamente, o que dificulta medidas eficazes de controle¹².

- T2 [No começo] *era só assim, aquele cansaço no braço. Várias vezes, eu começava a escrever no quadro, quando levantava o braço, dava vontade de soltar o giz de uma vez, certo? E eu achei que não era nada, eu achava que era, tipo, cansaço, a gente acha que tá cansada, não dormiu...*
- T3 *Comecei a sentir cansaço no braço e passei a trabalhar depois, mesmo sentindo, e com o tempo senti necessitar de médico...*

O reconhecimento e aceitação do diagnóstico pelo paciente é dificultado ainda pela crença de alguns profissionais de saúde na capacidade de simulação por parte dos pacientes, para a obtenção de ganhos secundários¹³, como licença médica ou redução de carga horária para tratamento.

O trabalhador, conscientemente ou não, pode reorganizar a vida de acordo com determinada limitação imposta pela doença e prosseguir com sua atividade. Assim, enquanto a sintomatologia se encontra nos limites considerados normais – quando o indivíduo é capaz, de alguma forma, de se adaptar às novas limitações impostas – não se percebe doente, admitindo determinado sintoma como natural.

Segundo Sullivan *et al.*¹⁴, ao perceber-se doente, o sujeito experimenta sentimentos de injustiça, perda e culpa. Associados à dor, é comum surgirem traços de depressão entre trabalhadores acometidos por DORT^{5,6}. Nesse sentido, além do sofrimento físico causado pela lesão, o trabalhador enfrenta uma carga emocional significativa, que se reflete diretamente em sua condição de saúde.

Neste estudo, alguns trabalhadores demonstraram decepção e frustração:

- T1 *Aí veio a decepção, de mim como ser humano. A idéia é que eu era de ferro, não ficava doente, tá – e a gente se depara com uma situação que vê que é frágil. Uma coisinha simples.. e você tá imobilizado!*
- T6 *Aí fiquei triste, porque minha vida é computador, adoro digitar, trabalho com isso há muito tempo...*

Apreende-se, das entrevistas, uma reação de surpresa frente ao diagnóstico. No entanto, observa-se nos discursos a existência de dor prévia, que se revela somente após o laudo médico. O diagnóstico significa a institucionalização da doença; o estado subjetivo de sofrimento adquire um nome científico, um tratamento específico, implica normas e leis; há uma identificação com outros que sofrem o mesmo problema.

Esse é um traço da cultura influenciada pelo paradigma biomédico: o sujeito está doente ou sadio desde que haja julgamento de um especialista. O desprezo pela subjetividade é, portanto, um obstáculo a ser superado na conquista da humanização do processo saúde-doença. A subnotificação de casos de DORT no Brasil é provocada por essa realidade, uma vez que se observa, na formação médica, a desvalorização do trabalho como fator etiológico de doenças¹³. Em parte, isso se deve à formação do profissional de saúde, que é preparado para reconhecer sinais clínicos objetivos das doenças e laudos de exames complementares, subestimando-lhes o valor subjetivo, sendo que as DORT, na maioria dos casos, não apresentam sinais clínicos ao exame físico¹³.

A valorização da narrativa do doente é fundamental para um atendimento humanizado. A perspectiva da DORT é particularmente influenciada, pois o diagnóstico é esclarecido com base, entre outros aspectos, na fala do trabalhador¹⁰. Dessa forma, a atenção à saúde do trabalhador exige a formação e atuação de profissionais com uma visão ampla da realidade, sem espaço para reducionismos.

Os centros de referência de saúde dos trabalhadores, na relação com a rede de assistência e reabilitação, deveriam sofrer modificações com ênfase à capacitação, atualização e organização dessa demanda, a partir de uma maior compreensão da complexidade do fenômeno, tendo como referência um modelo de cuidado integral².

Relações interpessoais

O trabalhador sofre com a discriminação pois, além dos profissionais de saúde, muitas vezes o meio social não dá crédito às suas queixas, gerando hostilidade. Murofuse e Marziale¹⁵ também observaram isso, quando uma informante declara que “gostaria de ter o braço amputado para que as pessoas pudessem acreditar em sua doença”.

Essa situação gera angústia para o trabalhador, pois, além de fisicamente incapacitado para o trabalho – e para outras atividades –, tem de conviver com o descaso e desconfiança de seu entorno. O sentimento de perda de esperança no futuro é reflexo de uma ideologia de culpabilização individual⁸.

- T6 *Me senti excluída, senti que a gente faz tudo e, na hora da doença, você não é nada.*
- T8 *Acham que eu tou brincando, não vêem nada... Aí dizem, 'Ah, você tá com manha'. 'Não quer trabalhar, diga, dá o lugar pra outro; ficam fazendo hora, né [...] A dor a gente agüenta, mas os outros acharem que você tá brincando, é o que mais incomoda.*

Percebe-se como característica do adoecimento por DORT a exclusão social dos trabalhadores acometidos². Existe uma produção da culpa, o que exige a análise dos fatores psicossociais da doença, indicando o efeito da culpa e suas conseqüências, tais como a baixa auto-estima, por estarem incapazes para o trabalho¹⁷.

Índices elevados de depressão, ansiedade, somatização e distúrbios de personalidade são mais elevados em pacientes com dor crônica quando comparados à população em geral¹⁶. Ficam

bastante claros esses aspectos subjetivos das DORT na população estudada.

Ressalta-se uma reação significativa, percebida no discurso dos informantes, que se caracteriza como o sentimento de vergonha, entendido como reação provocada pelo juízo alheio. No entanto, segundo De La Taille¹⁷, o sujeito que sofre a vergonha não é completamente

passivo: a atribuição da capacidade de julgar o outro por parte de quem sofre o julgamento torna o envergonhado vítima e cúmplice do processo.

CONCLUSÕES

O estudo revelou que as DORT produzem grande impacto na vida dos

trabalhadores públicos municipais, principalmente no âmbito das relações interpessoais e no enfrentamento subjetivo da doença. O diagnóstico de DORT é inicialmente negado pelos servidores, que evitam procurar atendimento especializado. Esse fato é importante pela subnotificação gerada, o que provoca limitação nas medidas de prevenção e controle das DORT.

REFERÊNCIAS

- 1 Ghisleni A, Merlo A. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicol Refl Crit.* 2005;18(2):171-6.
- 2 Salim C. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *Sao Paulo Perspec.* 2003;17(1):11-24.
- 3 Lima MAG, Neves R, Sá S, Pimenta C. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10(1):163-73.
- 4 Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores. São Paulo: Fundacentro; 1988.
- 5 Elfering A, Grebner S, Gerber H, Semmer NK. Workplace observation of work stressors, catecholamines and musculoskeletal pain among male employees. *Scand J Work Environm Health.* 2008;34(5):337-44.
- 6 Menzel NN. Psychosocial factors in musculoskeletal disorders. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2007;19(2):145-53.
- 7 Sato L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cad Saude Publica.* 2001;17(1):147-52.
- 8 Merlo ARC, Vaz MA, Spode CB, Elbern JLG, Karkow ARN, Vieira PRB. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicol Soc.* 2003;15(1):117-36.
- 9 Minayo M.C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 10 Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Ed. 70; 2004.
- 11 Helman, C. Cultura, saúde e doença. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 12 Glover W, McGregor A, Sullivan C, Hague J. Work-related musculoskeletal disorders affecting members of the Chartered Society of Physiotherapy. *Physiotherapy.* 2005;91(3):138-47.
- 13 Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. Um olhar sobre as Ler/Dort no contexto clínico do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(1):49-56.
- 14 Sullivan MJ, Adams H, Horan S, Maher D, Boland D, Gross R. The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *J Occup Rehabil.* 2008; 18(3):249-61.
- 15 Murofuse N, Marziale M. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de LER. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2001;9(4):19-25.
- 16 Sjöstrom R, Alricsson M, Asplund R. Back to work: evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders; a two-year follow up. *Disabil Rehabil.* 2008;30(9):649-55.
- 17 De la Taille Y. O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicol Refl Crit.* 2002;15(1):13-25.