

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA – ACM**  
**XVI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

**CONTROLE DOS TRABALHADORES DO SEXO FEMININO**

**FLORIANÓPOLIS**

**MAIO - 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA – ACM**  
**XVI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

**CONTROLE DOS TRABALHADORES DO SEXO FEMININO**

**AUTOR: GEORGE SCHÜTZ NETO**

**ORIENTADORA: PROFESSORA JANE MARIA DE SOUZA PHILIPPI**

**FLORIANÓPOLIS**

**MAIO - 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA – ACM**  
**XVI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

**CONTROLE DOS TRABALHADORES DO SEXO FEMININO**

**AUTOR: GEORGE SCHÜTZ NETO**

**PARECER:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF. SEBASTIÃO IVONE VIEIRA**  
**PRESIDENTE**

---

**PROF. JORGE DA ROCHA GOMES**  
**MEMBRO TITULAR**

---

**PROF. OCTACÍLIO SCHÜLLER**  
**SOBRINHO**  
**ORIENTADOR**

---

**PROF. IVO MEDEIROS**  
**MEMBRO TITULAR**

---

**PROF. JANE MARIA DE SOUZA**  
**PHILIPPI**  
**ORIENTADORA**

Dedico o presente estudo para todas as mulheres trabalhadoras, verdadeiras heroínas anônimas, braços e ventres que sustentam e geram esta nação

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram da realização deste trabalho. Especialmente, o meu muito obrigado à Professora Jane Maria de Souza Philippi pela atenção dispensada durante as etapas da realização desta monografia. À família, uma menção especial pela paciência prestada e colaboração, de máxima relevância ao espírito deste trabalho.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	5
2.1 DIFERENTES ASPECTOS DO TRABALHO FEMININO.....	5
2.1.1 Na Antigüidade.....	5
2.1.2 Na Moderna Sociedade.....	7
2.1.2.1 Mulheres, trabalho e família.....	7
2.1.2.2 Ganhos de homens, ganhos de mulheres.....	9
2.1.2.3 Qualidade do trabalho feminino.....	11
2.1.2.4 Regulação do emprego e proteção social.....	14
2.1.2.5 Mulheres, trabalho e escolaridade.....	15
2.1.2.6 Mulheres no mercado de trabalho: grandes números.....	17
2.1.3 A Revolução Industrial: O Trabalho no Mundo Após Guerra.....	19
2.1.4 Revolução Tecnológica.....	26
2.2 LEGISLAÇÃO.....	50
2.2.1 Mercado de Trabalho e Incentivos.....	51
2.2.2 Diferenças de Salários.....	52
2.2.3 Duração do Trabalho da Mulher.....	52
2.2.4 Trabalho Noturno.....	53
2.2.5 Métodos e Locais de Trabalho.....	54

2.2.6 Higiene dos Locais de Trabalho.....	54
2.2.7 Creches e Pré-Escolas.....	55
2.2.8 Licença à Gestante e Proteção à Maternidade.....	56
2.3 PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL	
PCMSO.....	60
2.3.1 Exame Médico Admissional.....	61
2.3.2 Exame Médico Periódico.....	69
2.3.3 Exame Médico de Demissão.....	78
2.3.4 Exame Médico de Retorno ao Trabalho.....	80
2.3.5 Exame Médico Para Transferência de Função.....	80
2.3.6 Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).....	81
2.4 PROGRAMAS MÉDICOS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS.....	81
2.4.1 Planejamento Familiar.....	83
2.4.2 Amamentação.....	85
2.4.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.....	88
2.4.4 Carcinoma de Colo.....	96
2.4.5 Carcinoma de Mama.....	98
2.5 PROGRAMAS MÉDICOS PREVENTIVOS ESPECIAIS.....	102
2.5.1 Alcoolismo.....	103
2.5.1.1 O alcoolismo e o tratamento.....	106
2.5.1.2 Programa de prevenção na empresa.....	107
2.5.1.3 Base do programa.....	108
2.5.1.4 Conduta do médico do trabalho na empresa.....	109
2.5.2 Tabagismo.....	112
2.5.2.1 Conseqüências oriundas do tabagismo.....	113

2.5.2.2 Toxicologia do tabaco.....	113
2.5.2.3 Ação do tabaco sobre o organismo.....	115
2.5.2.4 Efeitos sobre o meio ambiente.....	117
2.5.3 Drogas.....	118
2.5.3.1 Controle do uso das drogas na empresa.....	120
2.5.3.2 Conduta do médico do trabalho na empresa.....	124
2.5.3.3 Programa de prevenção na empresa.....	125
2.5.4 AIDS.....	126
2.5.4.1 AIDS e o trabalho.....	127
2.5.4.2 Conduta do médico do trabalho na empresa.....	129
2.5.4.3 Condutas conclusivas.....	130
2.5.4.4 AIDS e o ambiente de trabalho.....	132
2.5.4.5 Programa de prevenção da AIDS na empresa.....	133
2.5.5 Estresse.....	136
2.5.5.1 Prevenção do Estresse.....	141
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>154</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>162</b>



## RESUMO

O tema a ser desenvolvido se refere ao Controle dos Trabalhadores do Sexo Feminino, objetivando analisar a trajetória percorrida pela mulher desde seu campo de trabalho primeiro, em seu próprio lar, passando pelas fábricas no início do século XIX e, nos anos seguintes, ganhando espaço no mercado de trabalho em várias atividades, através de movimentos inicialmente classistas que posteriormente se tornam específicos, buscando consolidar sua posição social, política e econômica, ao mesmo tempo garantindo sua fatia no mercado de trabalho em um mundo globalizado e alterado pelas transformações tecnológicas. Do ponto de vista da Medicina do Trabalho, a mulher operária necessita de atenção especial quer seja sob o aspecto médico, quer seja sob o aspecto legal, exigindo do profissional responsável capacitação para o desenvolvimento dos programas específicos e especiais pertinentes a essa categoria de trabalhadores. Dado o exposto, a maior preocupação com o presente trabalho é enfocar a questão da mulher, tanto do ponto de vista das ciências sociais e biológicas como da valorização do seu potencial evolutivo rompendo com os estereótipos medievais de que a função da mulher deveria estar vinculada única e exclusivamente para os afazeres domésticos e a reprodução humana. À medida em que as mulheres vão exigindo do Estado mais direitos, interferem e aceleram uma maior participação no mercado de trabalho. Atualmente, portanto, a Constituição Federal do Brasil, garante proteção ao trabalho da mulher, sendo que no processo de admissão de trabalhadores do sexo feminino é mister considerar a saúde não só no seu aspecto físico, mas mental e social. Desta forma, os esforços para integrar trabalho e amamentação devem em última instância, ser parte de uma ação conjunta e cooperativa entre mulheres. Por outro lado, na determinação de métodos de controle, é necessário considerar que o planejamento familiar deve ser livre, consciente e responsável. Lembra-se ainda, que a ginecologia caminha de forma progressiva, observando-se cuidadosamente a importância da conduta da mulher nas mudanças sociais existentes, a fim de evitar graves alterações em sua saúde física psicossocial moral e mental.

## ABSTRACT

Recently the worker class history, in the most of the countries, becomes an academic discipline, today widely studied in the universities. In Brazil, academic and social sources laid the foundation for women's participation in the society. Our main objective with this study is to focalize the woman's work and relevant questions concerning it. At the social and biological science's point of view as much as the valorization of their evolution potential breaking up the medieval stereotype, the women performance has been only and exclusively for the domestic affairs mainly reproduction. In proportion to the women who claim their rights before the State, they achieve and accelerate a more impressive participation in the market. In actuality, Federal Constitution of Brazil, guarantee protection for women because it considers the health not only in its physical aspects, but also mental and social; so, the efforts to integrate work and Lactation should, without further appeal, have a more impressive appeal towards women's cause. So, the major concern of this essay is to focus the trajectory of women since her first opportunities of work until our present age, where women have gained more space in work's market facing the transformation of societies in the globalization times.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o fortalecimento da estrutura econômica da sociedade capitalista presencia-se o desenvolvimento do processo de produção industrial, ou seja, das técnicas de produção constituindo assim a Indústria Moderna em sua forma mais desenvolvida no sistema orgânico de Máquinas de Fábricas.

Com a mecanização torna-se supérflua a supremacia da força muscular, a maquinaria possibilita a admissão de trabalhadores sem esta força ou com desenvolvimento físico incompleto mas com membros mais flexíveis. Com este entendimento o sistema capitalista passou a utilizar o trabalho das mulheres e das crianças que por sua vez transformou este mecanismo em um meio de aumentar o número de assalariado – ampliação do exército de reserva de trabalhadores.

Com o aprofundamento da acumulação capitalista – produzida pelo desenvolvimento das forças materiais de produção e da sociedade de consumo – a elevação do nível educacional e de informação das massas – através da expansão do ensino das novas formas de comunicação – e a urbanização, foram também alguns dos fatores decisivos para provocar transformações na divisão sexual do trabalho. As Mulheres começaram a participar de forma cada vez mais decisiva num espaço antes reservado apenas para os indivíduos do sexo masculino.

A participação da mulher no mercado de trabalho na sociedade brasileira vem se alterando ao longo das décadas. Esta participação tem sido uma

conquista muito recente, tendo em vista o processo histórico de industrialização do parque fabril brasileiro.

Apesar do avanço da participação da mulher no mercado de trabalho, concentra-se na sua maioria em ocupações de baixo prestígio e de menores rendimentos.

A mulher, progressivamente, está ingressando nas mais diversas atividades profissionais, observando-se um aumento do contingente feminino no comércio e na indústria.

A par das já tradicionais atividades exercidas exclusivamente pela mão-de-obra feminina (tecelãs, telefonistas, enfermeiras, secretárias, balconistas etc.), encontra-se hoje uma grande diversificação das funções desempenhadas por essa mão-de-obra, porquanto atividades antes efetuadas somente por homens atualmente estão sendo compartilhadas com as mulheres.

Desde a revolução industrial, datada de 1760, competia às mulheres o trabalho de tecelagem, que, na época, sendo artesanal, não exigia das operárias nada mais do que habilidade manual. Mais tarde, com o advento da tecnologia e o surgimento das máquinas, reduzindo-se o emprego de mão-de-obra, melhorando-se a qualidade dos produtos e aumentando-se a produção, impôs-se a necessidade da seleção e qualificação profissional das operárias, atitudes estas antes desprezadas.

As duas grandes guerras mundiais, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico, exigiram o aproveitamento em grande escala da mão-de-obra feminina, criando novas perspectivas e dando ensejo às mulheres de participar ativamente do contexto socioeconômico das nações.

A mulher, até então destinada aos serviços domésticos, submetida a fatores adversos inerentes a essa atividade, passa agora a ser vulnerável a todos aqueles agentes agressivos existentes nas áreas de trabalho, que até então só atingiam os homens.

Nestas últimas décadas vem ocorrendo um aumento importante do contingente de mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, nas mais diversas atividades profissionais, fato primordial que justifica este trabalho.

Além disso, a despeito da evolução do processo civilizatório, dos inúmeros avanços e da conquista de direitos fundamentais, ainda permanecem preconceitos e discriminação ao trabalho feminino. A maioria das mulheres permanece recebendo remuneração inferior à do homem no desempenho das mesmas funções, exercendo dupla jornada e outras situações que levam ao sofrimento psíquico e queda da produtividade

Também, justifica a realização da pesquisa a necessidade de atenção especial à saúde dos trabalhadores do sexo feminino através de programas médicos completos, que incluam além de aspectos legais e técnicos, outros aspectos relacionados e proteção e promoção da saúde.

Dado o exposto, o objetivo geral do presente trabalho é abordar os subsídios legais, técnicos e de educação sanitária para o planejamento e efetivo funcionamento de programas médicos completos, visando o controle adequado da saúde do contingente de mão-de-obra feminina.

Especificamente, o estudo procura conscientizar as mulheres trabalhadoras em relação às inovações tecnológicas e organizacionais provocadas pela Revolução Tecnológica (Globalização), que passam a exigir mais escolaridade, qualificação, treinamento e dedicação pela empresa.

Além disso, o corpo do trabalho pretende orientar Médicos do Trabalho quanto a necessidade de novos conhecimentos médicos, decorrentes da globalização e de maior preocupação com a implementação de programas de promoção e proteção a saúde da mulher trabalhadora.

Para organizar a informação, metodologicamente recorreu-se a um levantamento bibliográfico utilizando o método científico dedutivo-indutivo, tendo em vista que este percorre detalhadamente o assunto até a elaboração de uma conclusão crítica.

O assunto foi organizado em partes, onde primeiramente procura-se abordar os aspectos distintos do trabalho feminino e suas mudanças ao longo das transformações sociais. Aborda-se, na seqüência, as implicações das revoluções industriais e tecnológicas, enfocando-se o conseqüente aspecto legal modificador do trabalho feminino e suas conseqüências. Também, considera-se o programa de controle médico de saúde ocupacional em todas as suas nuances, a fim de avaliar os efeitos que estes têm sobre o desempenho profissional da figura feminina.

A colaboração do trabalho consiste não apenas no levantamento bibliográfico, mas também na conscientização de que do ponto de vista da medicina do trabalho, a mulher operária tem necessidades especiais.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 DIFERENTES ASPECTOS DO TRABALHO FEMININO**

A hipótese principal do presente trabalho reside no fato de que o trabalho da mulher nas sociedades atuais é feito dentro de condições determinadas historicamente, tendo sofrido transformações ao longo da história das sociedades, não estando ainda suas características completamente desenvolvidas, à mercê de uma transformação melhor orientada para aspectos sanitários preventivos, emocionais e econômicos.

#### **2.1.1 Na Antiguidade**

Segundo WEISS (1993) desde os primórdios da humanidade, as mulheres trabalharam lado a lado com o homem; enquanto o homem trabalhava na indústria, pois só ele poderia desenvolver esta atividade, a função da mulher, era cuidar do lar, e nisso incluía-se as práticas agrícolas.

Desde a antiguidade as mulheres fazem parte da força de trabalho, o que tem sido fundamental para a sociedade, porém, foi a partir da metade do século XX que o mundo despertou para o fato de que elas estavam submetendo-se à jornadas de trabalho fatigantes, ambientes insalubres e baixos salários graças ao

movimento feminista. A sociedade é assim produto de sua endógena evolução, a qual se faz sentir com a diminuição das barreiras culturais. Na atualidade, a mulher por sua liberalidade levou o homem a evoluir em seus pensamentos e em suas ações. No atual estágio evolutivo as mulheres têm iniciado suas vidas sexuais mais precocemente, muitas vezes sem a adequada orientação, resultando em gestações indesejadas e não planejadas, tendo como conseqüências casamentos ainda na adolescência, quando a instabilidade emocional e orgânica estão presentes; somando-se a ausência da maturidade suficiente que a situação exige. As mulheres casadas, na grande maioria das vezes, ingressam no mercado de trabalho para aumentar a renda familiar; porém passam a ter que desempenhar dupla jornada, no lar e na empresa, e muitas vezes, lhes é impossível dissociar seus problemas domésticos das suas atividades; estes podem resultar em desconcentração e maior probabilidade de acidentes de trabalho.

Assim, percebe-se que o social não pode surgir diretamente da justaposição humana, por mais que se trate categoricamente com determinantes de interação e reciprocidade. Apesar disso, o trabalho feminino tem sido utilizado para atividades em que a atenção principalmente em detalhes, faz-se importante.



## 2.1.2 Na moderna Sociedade

### 2.1.2.1 Mulheres, trabalho e família

O estudo<sup>1</sup> enfoca que o trabalho das mulheres não depende tão somente da demanda do mercado e das suas qualificações para atendê-la, mas decorre também de uma articulação complexa de características pessoais e familiares. A presença de filhos, associada ao ciclo de vida das trabalhadoras, à sua posição no grupo familiar - como cônjuge, chefe de família etc. à necessidade de prover ou complementar o sustento do lar, são fatores que estão sempre presentes nas decisões das mulheres de ingressar ou permanecer no mercado de trabalho.

Tradicionalmente, os efeitos da maternidade na vida profissional das mulheres eram evidenciados, até a década de 70, pela diminuição das taxas femininas de atividade a partir da idade de 25 anos, quando, presumivelmente, os filhos eram ainda pequenos.

A partir de meados dos anos 80, entretanto, uma reversão dessa tendência vem se consolidando, indicando que a atividade produtiva fora de casa tornou-se tão importante para as mulheres quanto a maternidade e o cuidado com os filhos.

Ainda que a presença de crianças pequenas (até 6 anos de idade) seja um limitador real da atividade feminina, outras variáveis podem vir a estimulá-la: a presença de serviços públicos e particulares de atenção à maternidade (mais comuns em zonas urbanas) e um maior poder aquisitivo das famílias o qual,

---

<sup>1</sup> BRUSCHINI, Cristina. "Mulher e mundo do trabalho: ponto de vista sociológico", in Brandão, MLR e Bingemer, MCL (org.), **Mulher e Relações de Gênero**. São Paulo: Loyola, 1994, pgs.115-30 (Seminários Especiais, Centro João XXIII).

mesmo na ausência daqueles serviços, propicia às trabalhadoras o necessário suporte para a sua ausência do lar. É possível afirmar, portanto, que, no âmbito da oferta de trabalhadoras, tem havido significativas mudanças. Restam, no entanto, algumas continuidades que dificultam a dedicação das mulheres ao trabalho ou fazem dela uma trabalhadora de segunda categoria. Em primeiro lugar, as mulheres seguem sendo as principais responsáveis pelas atividades domésticas e pelo cuidado com os filhos e demais familiares, o que representa uma sobrecarga para aquelas que também realizam atividades econômicas. Estando ou não no mercado, todas as mulheres são donas-de-casa e realizam tarefas que, mesmo sendo indispensáveis para a sobrevivência e o bem-estar de todos os indivíduos, são desvalorizadas e desconsideradas nas estatísticas, que as classifica como "inativas, cuidam de afazeres domésticos". Caso fossem consideradas ativas, as taxas globais de atividade feminina seriam superiores a 90% e, no caso das esposas, atingiriam quase 99%.

TABELA 1: TAXAS DE ATIVIDADE GLOBAL DAS MULHERES DE 10 ANOS E MAIS, POR POSIÇÃO NA FAMÍLIA (BRASIL, 1993)

Posição na família	Total de mulheres	Ativas	Não ativas por afazeres domésticos	Taxa de atividade global
	(milhões)	%	%	%
Chefes	8,9	57,3	40,3	97,6
Cônjuges	28,1	49,7	49,1	98,8
Filhas	18,3	39,1	51,5	90,6
<b>TOTAL</b>	<b>55,3</b>	<b>46,5</b>	<b>48,9</b>	<b>95,4</b>

Fonte: FIBGE, PNAD 93, tabulação especial

OBS: excluídos sem parentesco, empregadas domésticas e sem declaração

TABELA 2: TAXAS DE ATIVIDADE, FEMININA SEGUNDO NÚMERO E IDADE DOS FILHOS, SITUAÇÃO DE DOMICILIO E RENDA FAMILIAR PERCAPITA (BRASIL)

Idade do último filho vivo	1970			1980		
	sem filhos	1 filho	mais de 1	sem filhos	1 filho	mais de 1
Sem filhos	22,5	-	-	38,8	-	-
Até 6 anos	-	13,2	11	-	26,1	20,9
7 a 14 anos	-	24,4	18,7	-	41,2	30,3
15 anos e mais	-	24,1	20,2	-	42	33,2
Urbano	30	20,3	16	46,3	33,6	27,9
Rural	11,6	10,2	9,6	16,4	16	16
Até 1 SM(salário mínimo)	14,8	13,2	11,9	18,6	18,8	20,2
Mais de 1 SM	45,2	31,1	25,5	55,2	38,6	30,5

FONTE: FIBGE, Censo 70 e 80, Tabulações especiais

#### 2.1.2.2 Ganhos de homens, ganhos de mulheres

É fato que o nível de ganhos dos brasileiros é reconhecidamente baixo e as mulheres brasileiras - como as mulheres de todo o mundo - ganham ainda menos do que os homens<sup>2</sup>.

Ainda que a distribuição de renda de todos os brasileiros tenha melhorado de 1976 para cá, a desigualdade de remuneração entre os sexos persistiu. Em 76, quase 1/3 dos homens e 47% das mulheres ganhavam até 1 salário-mínimo (SM) e, em 97 essas proporções eram, respectivamente, 16 e 24%.

As mulheres ganham menos do que os homens mesmo que tenham o mesmo vínculo de trabalho, trabalhem o mesmo número de horas e tenham a mesma escolaridade que eles:

<sup>2</sup> BRUSCHINI, Cristina. "Gênero e trabalho feminino no Brasil; novas conquistas ou persistência da discriminação? Brasil, 1985 – 1995", São Paulo: Abep/Nepo, **Seminário Trabalho e Gênero: Mudanças, permanências e desafios**, 1998.

- na faixa de 40 a 44 horas que corresponde ao período normal de trabalho dos empregados, 46% das mulheres e 39% dos homens ganham até 2 SM. Na faixa de 15 a 39 horas, onde se incluiria o trabalho de meio período, a desigualdade permanece: quase metade das mulheres ganham até 2 SM e 40% dos homens;
- os patamares de rendimento feminino são sempre inferiores, sejam as mulheres empregadas, trabalhadoras domésticas, por conta própria ou empregadoras. Tome-se como exemplo a categoria trabalhadores domésticos, na grande maioria constituída de mulheres. Em 95, 90% das mulheres contra 79% dos homens ganhavam até 2 SM;
- tomando algumas ocupações tipicamente femininas, tais como costureiras, cozinheiras, recepcionistas, professoras etc, percebe-se a persistência da discriminação salarial através dos anos. Tomemos como exemplo a ocupação de recepcionista. Em 1995, o salário médio dos homens que desempenhavam essa função era de 3,8 salários mínimos e o das mulheres era da ordem de 2,9;
- anos de estudo também não representam melhoria das credenciais para as mulheres: se 2/3 dos homens com 15 anos e mais de estudo ganham mais de 10 salários mínimos, apenas 1/3 das mulheres com o mesmo nível de escolaridade têm rendimentos equivalentes.

TABELA 3: DESIGUALDADES SALARIAIS ENTRE OS SEXOS EM OCUPAÇÕES FEMININAS NO MERCADO FORMAL (BRASIL, 1988-95)

OCUPAÇÃO	Média dos rendimentos mensais (em salários mínimos)					
	1992		1988		1995	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Costureiro(a)	2,3	2,1	2,1	1,8	2,4	2,3
Professor(a) 1º Grau	4,1	3,7	3,4	3,0	4,4	4,1
Secretário(a)	5,6	5,7	4,6	5,0	6,4	5,7
Telefonista/telegrafista	7,1	4,2	5,9	3,4	6,3	4,2
Pessoal de enfermagem	3,8	3,4	3,4	2,9	4,6	4,1
Recepcionista	3,6	2,8	3,2	2,4	3,8	2,9
Professor(a) 2º Grau	4,6	4,7	4,9	4,3	5,9	6,0
Cozinheiro(a)	3,1	2,1	2,6	1,6	3,0	2,2
Trabalhador(a) serventia	2,5	2,1	2,1	1,6	2,6	2,3
Auxiliar contabilidade/caixa	7,2	4,3	6,6	3,8	6,6	4,1
Trabalhador(a) conserv. edif.	2,4	1,8	1,9	1,5	2,4	1,8
Agente administrativo	6,2	4,7	6,1	5,0	7,2	5,5
Funcionário(a) público superior	9,1	6,1	7,1	4,7	11,5	7,5
Fiandeiro(a)	4,1	2,8	3,3	2,3	4,1	2,8
Auxiliar de escritório	6,3	4,9	5,0	3,9	6,3	5,0

Fonte:

MTb, RAIS - Anuários 1988 e 1992, tab. 1.13

MTb, RAIS - 1995

### 2.1.2.3 Qualidade do trabalho feminino

A literatura tem sido farta (BRUSCHINI, 1979, 1985, 1989, 1994, 1995, 1996, 1998) em assinalar a maior fragilidade do trabalho feminino em relação ao masculino. Informações sobre a posição na ocupação indicam que, embora quase 60% das mulheres sejam empregadas ou trabalhem por conta-própria - como ocorre com 84% dos trabalhadores - , um percentual expressivo das mulheres

(40%) ocupa posições precárias no mercado, seja como trabalhadoras domésticas, seja como não remuneradas ou trabalhadoras para auto-consumo.

Algumas características da ocupação feminina nesses nichos mais desfavorecidos ilustram a precariedade dessa expressiva parcela da mão-de-obra.

Outra evidência da fragilidade do trabalho feminino, em comparação ao masculino, pode ser identificada a partir do local no qual os trabalhadores desempenham suas atividades. Neste caso, também, embora mais da metade das mulheres (e dos homens) trabalhem em lojas, escritórios e oficinas, um percentual considerável delas trabalha no próprio domicílio (13%) ou no domicílio do patrão (19%), cifras bem mais elevadas das que as verificadas para os homens. No primeiro caso, a grande maioria é composta por autônomas (mais de 65% em 1993) que trabalham por conta-própria no domicílio, seja porque não conseguem outro trabalho, seja porque preferem a atividade domiciliar como estratégia conveniente para conciliar o trabalho com o cuidado com o lar. O segundo caso, das que trabalham no domicílio do patrão, é composto por esmagadora maioria de trabalhadoras domésticas (mais de 90% das mulheres que trabalham nesse local).

Uma das razões freqüentemente mencionadas para justificar a posição menos favorável ocupada pelas mulheres no mercado de trabalho é a sua menor combatividade e poder de reivindicação.

A presença da mulher em movimentos de representação não tem se dado sem conflitos. De um lado, os espaços de representação profissional nem sempre estão abertos ou facilitam sua participação e, de outro, muitas vezes falta à

trabalhadora coragem e, também, tempo hábil para se engajar em outras atividades, além das que normalmente desenvolve no trabalho e junto à família.

Disso resulta a tímida penetração das mulheres no movimento sindical, seja como associadas, seja como representantes sindicais, o que, sem dúvida, torna mais difícil a batalha por direitos e reivindicações especificamente femininas.

Por um lado, sua participação em sindicatos ainda é restrita numérica e setorialmente: em 1995, elas representavam apenas 1/3 dos associados a sindicatos profissionais e a maior concentração de sindicalizadas era vinculada ao setor Social, onde têm grande peso os estabelecimentos de ensino e da área da saúde. Por outro, a sua presença nos quadros sindicais ainda é diminuta, assim como vem se dando de forma marginal a incorporação das necessidades das mulheres trabalhadoras na consciência e na prática sindicais.

São também considerados indicadores da qualidade do trabalho feminino as possibilidades de inserção das mulheres nos diversos setores econômicos, as ocupações que desempenham e a desigualdade salarial em relação aos homens.

No último quarto de século, constata-se - no Brasil e no mundo - que as mulheres continuam submetidas à segregação setorial e à ocupacional, quer dizer, para o grosso do contingente feminino no mercado, as chances de trabalhar continuam restritas a determinados setores econômicos - principalmente o setor de Prestação de Serviços -, e a grupos de ocupações em que sua presença já é tradicional, como professoras, pessoal de enfermagem, secretárias, recepcionistas etc. A desigualdade salarial entre os sexos, por sua vez, é um fenômeno que se verifica mesmo quando as mulheres apresentam os mesmos

requisitos de escolaridade, número de horas trabalhadas e posição na ocupação do que os homens.

#### 2.1.2.4 Regulação do emprego e proteção social

O emprego em tempo parcial tem sido uma estratégia muito utilizada nos países da Europa para o enfrentamento do problema do desemprego e, ainda que no Brasil não exista uma política explícita nessa direção, no período analisado, mas principalmente na década de 90, verificou-se um aumento significativo na proporção de pessoas que trabalham até 39 horas semanais. A adesão a um menor período de trabalho semanal é muito mais expressiva entre as mulheres e teve um crescimento da ordem de 10% na última década. Ainda que o menor período de trabalho possa ser fruto de escolha pessoal temporária das mulheres, principalmente das que têm encargos familiares, é provável que muitas mulheres que desejam trabalhar em período integral - característica predominante dos melhores empregos - não o consigam<sup>3</sup>.

A posse de carteira de trabalho e a contribuição para a previdência oficial são indicadores de regulação e proteção do trabalho e, tradicionalmente, o trabalho feminino tem sido menos protegido e regulado do que o masculino. Mesmo entre o contingente de mulheres empregadas, entretanto, a posse da carteira de trabalho - e em decorrência a possibilidade de contar com a cobertura previdenciária - tem sido menos comum do que entre os homens empregados. Nos últimos dois anos do período (95 e 97), porém, os percentuais de homens e

---

<sup>3</sup> BRUSCHINI, Cristina. "O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes." In **Mulher brasileira é assim**. Brasília: UNICEF, 1994, p.63-93.



de mulheres empregados com carteira de trabalho assinada se aproximam bastante. É provável que nesse resultado estejam pesando os altos índices de dispensa ocorridos no setor industrial nos anos 90, que atingiram, particularmente, os empregados do sexo masculino.

Se, a partir dos anos 90, diminuiu para ambos os sexos a proporção de contribuintes para o INSS em função da contração dos empregos formais, essa diminuição foi mais marcante para as mulheres, pois, em 6 anos, cerca de 10% das mulheres e 6% dos homens deixaram de contar com a cobertura da previdência social. Para as mulheres, as perdas foram significativas na indústria e no comércio, mas foram menos pesadas em setores tradicionais femininos como Serviços, Social e Administração Pública, os dois últimos com elevado índice de contribuição desde o começo do período analisado.

#### 2.1.2.5 Mulheres, trabalho e escolaridade

O nível de escolaridade formal da população brasileira tem se elevado continuamente através dos anos. Em 1970, 38% dos homens não tinham nenhuma instrução e/ou haviam cursado menos de um ano de escola, mas em 1997, apenas 15% deles estavam nessa situação.<sup>4</sup>

As mulheres também seguiram essa tendência de maior escolarização: 1/3 delas em 1970 tinham aquele nível de escolaridade e, em 1997, apenas 12%. Mas no caso delas, outra tendência - de especial importância para a sua inserção no mercado de trabalho - se esboçou e concretizou nos últimos 25 anos:

---

<sup>4</sup> BRUSCHINI, Cristina. "Trabalho das mulheres no Brasil; continuidades e mudanças no período 85-95". São Paulo: FCC, 1998.

comparativamente aos homens, as mulheres brasileiras adquiriram maior nível de escolaridade. Em 1997, 28% das mulheres e 19% dos homens tinham mais de 11 anos de estudo, ou seja, tinham completado, no mínimo, o 2º grau.

Como tem sido reiterado na literatura, a associação entre a escolaridade e a participação das mulheres no mercado de trabalho é intensa. As mais instruídas apresentam taxas mais elevadas de atividade, não só porque o mercado de trabalho é mais receptivo ao trabalhador mais qualificado de modo geral, mas também porque elas podem ter atividades mais gratificantes e bem remuneradas, que compensam os gastos com a infra-estrutura doméstica necessária para suprir sua saída do lar. Como ocorre com os homens, a atividade das mulheres aumenta entre os que têm mais de 8 anos de estudo (que corresponde à escolaridade obrigatória do primeiro grau), mas são aquelas que têm nível superior de ensino (15 anos ou mais) as mais ativas, com uma taxa de mais de 80% em 1997, quase o dobro da atividade feminina em geral.

O fato de as trabalhadoras disporem de credenciais de escolaridade superiores aos seus colegas de trabalho, entretanto, não se reverte em ganhos semelhantes, pois os dados deixam claro que homens e mulheres com igual escolaridade obtêm rendimentos diferentes. Essa disparidade torna-se mais aguda entre as pessoas de maior escolaridade: se 2/3 dos homens com 15 anos e mais de estudo ganham mais de 10 salários mínimos, apenas 1/3 das mulheres com o mesmo nível de escolaridade têm rendimentos equivalentes.

O fato é que, as relações de gênero vão determinar valores diferentes para profissionais no mercado de trabalho, conforme esse trabalhador seja homem ou mulher.

### 2.1.2.6 Mulheres no mercado de trabalho: grandes números

O comportamento da força de trabalho feminina no Brasil nas últimas duas décadas, e chama a atenção ao vigor do seu crescimento. Com um acréscimo de quase 20 milhões, as mulheres desempenharam um papel muito mais relevante do que os homens no crescimento da população economicamente ativa.<sup>5</sup>

Enquanto as taxas de atividade masculina mantiveram-se em patamares semelhantes, as das mulheres se ampliaram significativamente de 83 a 90 e ainda mais nos anos seguintes, quando atingiram 48%, em 1995. A partir de 1992, a FIBGE passou a adotar nas PNADs um conceito de trabalho ampliado, o que acabou por se refletir, particularmente, nas taxas de atividade feminina. Em 97, as taxas de atividade masculina e feminina apresentaram ligeiro declínio, passando, respectivamente, para 74% e 47%.

A importância crescente das mulheres na força de trabalho pode, também, ser observada de outro ângulo, através da sua participação na PEA, demonstrada pelos dados da tabela aqui apresentada. Se em 1976, a parcela de mulheres na PEA era de 29%, em 1997 ela atingia os 40%.

Movimento semelhante não se verificou, entretanto, em relação à participação das mulheres no conjunto dos empregados, que na última década se manteve próxima a 1/3, pois como tem sido reiteradamente comentado na bibliografia, o *locus* privilegiado de inserção das mulheres no mercado de trabalho tem sido o mercado informal e as atividades não remuneradas.

---

<sup>5</sup> Id. Ibid., p.12.

As tabelas que se seguem dão idéia da magnitude e das diferenças numéricas entre os segmentos populacionais considerados como população economicamente ativa (PEA), ocupados e empregados.

TABELA 4: MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO: INDICADORES DE PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA (BRASIL)

<b>Mulheres</b>						
Anos	PEA			Ocupadas	Empregadas	Porcentagem de mulheres entre os empregados
	( Milhões )	Taxa de atividade	Porcentagem de mulheres na PEA	( Milhões )	( Milhões )	
1976	11,4	28,8	28,8	11,2	7,3	30,3
1981	14,8	32,9	31,3	14,1	9,4	32,2
1983	16,8	35,6	33,0	16,0	10,5	33,4
1985	18,4	36,9	33,5	17,8	11,8	34,4
1990	22,9	39,2	35,5	22,1	14,7	36,7
1993	28	47	39,6	25,9	11,1	31,8
1995	30	48,1	40,4	27,8	11,6	32,6
1997	30,4	47,2	40,4	27,3	11,9	33,1

Fonte: FIBGE - PNADS 76, 81, 83, 85, 89, 90, 93, 95, 97  
( Tab. 15/4/3.1/4/3.1/4.2 )

<b>Homens</b>						
Anos	PEA			Ocupados	Empregados	Porcentagem de homens entre os empregados
	( Milhões )	Taxa de atividade	Porcentagem de homens na PEA	( Milhões )	( Milhões )	
1976	28,2	73,6	71,2	27,8	16,7	69,7
1981	32,6	74,6	68,7	31,2	19,8	67,8
1983	34,6	74,8	67,0	32,4	21,0	66,6
1985	36,6	76	66,5	35,4	22,5	65,2
1990	41,6	75,3	64,5	40	25,4	63,3
1993	42,8	76	60,4	40,5	23,8	68,2
1995	44,2	75,3	59,6	41,9	24	67,4
1997	44,8	73,9	59,6	41,9	24,2	66,8

Fonte : FIBGE - PNADS 76, 81, 83, 85, 89, 90, 93, 95, 97  
( Tab. 15/4/3.1/4/3.1/4.2 )

\* para maiores explicações sobre os conceitos, veja **Notas metodológicas**

TABELA 5: HOMENS NO MERCADO DE TRABALHO: INDICADORES DE PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA (BRASIL)

### 2.1.3 A Revolução Industrial: O Trabalho no Mundo do Após Guerra

Os vários estudos que abordam o trabalho em suas diferentes épocas chamam atenção para as mudanças no mercado de trabalho a partir do processo de globalização do território e da economia, historicizando, de maneira incipiente, o movimento de imagens sobre o emprego no fim deste século, uma vez que as transformações ocorridas na economia brasileira entre a 2ª Guerra Mundial e o final dos anos 70 tiveram grandes impactos na estrutura do emprego, nos níveis de renda e na ocupação espacial.

Nos dias da Globalização, o mundo do trabalho tornou-se complexo. Surgem movimentos de reestruturação econômica que significam modernização e o mercado de trabalho precário gera a pobreza. A ordem é investir com novas tecnologias neste mundo transnacionalizado de competição desigual e da flexibilidade do homem.

Inseridas num contexto de transformações econômicas, políticas, sociais e ideológicas, a história das mudanças no mercado de trabalho no Brasil vem-se tornando uma grande preocupação societária, uma vez que os efeitos perversos são notórios nas recentes relações entre o capital/trabalho nesse tempo de pós-modernidade, da transnacionalização do território e da economia.<sup>6</sup>

As imagens que vêm se cristalizando sobre as mudanças no mercado de trabalho são reais, quando percebemos, nos dias atuais, o emprego como um mito e o empregável como verdade. Este último, seguido pela flexibilidade e curiosidade, procura entender, cada vez mais, conhecimentos diversificados, para poder desempenhar bem uma aptidão exigente do novo mercado.

---

<sup>6</sup> SANTOS, M. **Território**. São Paulo: Hucitec, 1994.

A flexibilização da produção é a característica mais marcante da Terceira Revolução Industrial no nível microeconômico. Esta flexibilidade deve ser entendida como a introdução de equipamentos de propósitos múltiplos, versatilidade na habilitação da mão-de-obra e na produção de bens e serviços. Porém, o que vem ocorrendo com a grande maioria da classe trabalhadora no que diz respeito à flexibilidade, é a utilização de expedientes negativos no tocante à implementação de uma flexibilidade espúria.<sup>7</sup>

A aptidão diversa, construída através da flexibilidade, é chamada de Reengenharia. O empregado deverá ser flexível e estar apto aos interesses e necessidades do recente mercado de trabalho para o novo milênio. A Reengenharia não diminui apenas o número de empregos; ela modifica, profundamente, o estatuto dos assalariados e as condições de emprego.

A Reengenharia concentra a atividade de cada empresa, de cada unidade sobre o que ela é mais apta a fazer com o máximo de eficácia, externando as demais atividades às empresas subcontratantes (terceirizadas) e aos assalariados externos, freqüentemente pagos para trabalhar durante determinados períodos por um número de horas que varia de semana para semana.<sup>8</sup>

As mudanças que vêm ocorrendo, ao longo dos últimos tempos no mercado de trabalho, estão inseridas no processo de Globalização, que começa a acontecer a partir da internacionalização de investimentos (capital das empresas, bancos e investidores que desconhecem as fronteiras políticas) nas nações pobres, na busca da ampliação e reprodução do capital. Esses investimentos, que

---

<sup>7</sup> CANO, W. **Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem internacional**. Campinas: UNICAMP, 1994, p.120.

<sup>8</sup> GORZ, A. **Perspectiva**. São Paulo, 1995, p.136.

se configuram como o combustível da Globalização, procuram com a renovação tecnológica e a eliminação dos protecionismos, a integração dos mercados nacionais numa unidade econômica capitalista.

O processo de Globalização da economia toma uma intensidade no pós-guerra, sobretudo, a partir dos anos 60, quando começa a onda global de investimentos de curto prazo provenientes das nações ricas (Grã-Bretanha, França, Alemanha, Holanda e Estados Unidos), nas construções de ferrovias, portos, usinas elétricas e iluminação públicas. Dessa forma, já podemos observar os caminhos abertos de novas tecnologias que resultaram em mudanças nos processos produtivos e ressituaam o trabalho das mulheres na nova sociedade.

Do pós-guerra até o início da década de 70, o processo de Globalização em curso se assemelha ao macroprocesso do circuito financeiro, que faz surgir uma forte tendência à dualização da estrutura social. Esse processo traz em seu bojo os novos paradigmas de produção. Nesse período, segundo STORPER (1994, p. 30), *"as grandes economias industriais aperfeiçoaram uma série de tecnologias de produção, de técnicas gerenciais e de organização, além de instituições, conhecidas em seu conjunto como produção em massa"*. (grifo nosso).

Muitas características do ambiente macroeconômico mundial possibilitaram a difusão geográfica da produção em massa.<sup>9</sup>

Durante esse período, tínhamos um mercado financeiro comportado e discreto, onde a economia dolarizada ajudou a criação de um clima favorável, tanto para o investimento mundial, como para o mercado de trabalho, e, através

---

<sup>9</sup> STORPER, M. **Globalização, fragmentação e reforma urbana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994, p.33.

do crescimento do setor industrial, criaram-se oportunidades de trabalho, reduzindo, também, de maneira significativa, a participação do trabalho no campo.

Segundo CANO (1994, p. 124), *"esse foi um período de grande tranqüilidade; passamos a conviver com alto crescimento da produção e da produtividade, elevação de salários reais e outras positivas modificações estruturais no mercado de trabalho"*. Surgem, no período do pós-guerra até 70, diversas oportunidades de trabalho com o intenso crescimento da produção industrial, com as transformações e a expansão dos serviços e da urbanização. Nessa ocasião, o trabalho feminino tem grande notoriedade na elevação da renda nacional. A taxa de desemprego não era considerável, mas havia, em algumas nações, reflexos de elevação dessa taxa, em virtude da desaceleração do investimento produtivo que, de maneira oposta, estava ocorrendo com os investimentos no mundo subdesenvolvido.

Nos anos 70, o processo de Globalização da economia é intensificado, através da ciranda de investimentos de curto prazo, com transformações no processo produtivo industrial, centrado no progresso tecnológico e informacional. Esse período vivenciou diversas crises: a do petróleo e da perda de hegemonia absoluta dos Estados Unidos e a ascensão de novas forças como Japão, Alemanha e os Tigres Asiáticos. O caminho que trilham essas novas forças são o do investimento e da aquisição de novas tecnologias que, ultimamente, vem se tornando como paradigma da Globalização do território e da economia.

Com o avanço da Ciência e da Tecnologia e com a descoberta de novos materiais e produtos, certos segmentos de mercado começam a se tornar menos valorizados. Dessa maneira, o mercado de trabalho começa a apresentar mudanças, quanto à oferta de emprego. Certas empresas usam os robôs, ao



invés dos braços humanos, e trocam as tarefas repetitivas por novos mecanismos. Tem início a era do desemprego em massa em nome de um mundo moderno. Esses avanços nos colocam em desvantagens em relação aos países ricos, pois reduz a nossa competitividade internacional, realidade vivenciada por todos nós.

A partir dos anos 70, temos a maior transnacionalização do capital, alterações na divisão internacional do trabalho com a rápida ascensão dos países asiáticos à condição de desenvolvidos e altamente competitivos nas relações comerciais internacionais, além de um fortalecimento econômico dos países da União Européia.<sup>10</sup>

Analisando, sucintamente, a realidade brasileira, a partir da década de 70, nos deparamos com imagens de crescimento no mercado de trabalho, pois os efeitos foram positivos: tivemos uma elevação nas taxas de emprego urbano (industrial e terciário); uma considerável participação do trabalho feminino de forma positiva; expansão de exportações; e a introdução de inovação tecnológica.

A historiografia da Globalização econômica nos emite imagens diferentes entre as décadas de 80 e 90. Começa a surgir uma outra realidade, um movimento inquietante, gerado pela inserção das nações, na sua totalidade, ao mercado internacional, a uma economia mundializada e a inexorável absorção do novo padrão de produtividade baseado na flexibilidade do trabalho. As conseqüências da inserção internacional se refletem na vida cotidiana do povo brasileiro. A questão do trabalho tornou-se uma preocupação social do país neste fim de milênio: o mercado de trabalho distribui-se em metade de empregos

---

<sup>10</sup> SCHIFFER, S.R. **Território – globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.116.

formais e a outra metade de empregos informais (os camelôs são o exemplo mais próximo do crescimento desse mercado).

Nesta última década do século XX, presenciamos uma crise no mercado de trabalho, inicialmente vivida pelos países ricos com altas demissões, mas com imagens catastróficas nos países pobres, subdesenvolvidos, onde se prolifera a globalização perversa da fome e da miséria.

São muitas as mudanças estruturais que ocorrem, hoje, na sociedade moderna. No que diz respeito ao mercado de trabalho, essas transformações resultam de questões de ordem política, econômica, social e ideológica, como formação de blocos econômicos e reestruturação produtiva imposta pela Terceira Revolução Industrial. Presenciamos um desassalariamento e a precariedade das relações de trabalho, intensificando uma grande pobreza neste fim de século, dada à concentração de renda e à diminuição no ritmo da oferta de empregos.

A automatização reduz empregos nas atividades produtivas, e, cada vez mais, estão "em mãos" dos computadores; mas também gera empregos em tarefas de planejamento, ou seja, em setores como projeto e cálculo.<sup>11</sup>

Com a robotização e a automação dos processos produtivos, a mão-de-obra não especializada torna-se, cada vez mais, um fator menos importante na formação final do produto.

Dessa maneira, presencia-se, assim, um desaparecimento de antigas profissões e a criação de atividades a propiciarem, no setor de informação e nas comunicações, muitos postos de trabalho, exigindo, conseqüentemente, alta qualificação.

---

<sup>11</sup> SANTOS, M. **Território**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.27.

Neste final de século, a educação ganha importância incontestável no debate atual sobre o mercado de trabalho. Os dados da realidade permitem afirmar que a essência da competitividade está, atualmente, na formação da mão-de-obra qualificada e na especialização dos trabalhadores. O peso dos recursos humanos de alta qualificação é cada vez maior na economia. Portanto, cabe ao Estado cumprir a tarefa educativa e de formação de uma mão-de-obra qualificada que passa a ser prioridade no mercado moderno.<sup>12</sup>

É inegável a alteração que se vislumbra na estrutura do emprego e do processo de produção, proporcionando ou exigindo uma universalização dos estudos secundários, como é o caso das Escolas Técnicas e de graduação (3º grau). Já se exige uma universalização do 3º grau, à altura do College, dos EUA, que demanda três anos de especialização técnica (Alemanha) ou universitária (EUA). Esse nível de escolaridade seria o mínimo necessário para se sobreviver no mundo contemporâneo.<sup>13</sup>

As mudanças observadas no mercado de trabalho são reflexos da nova revolução industrial e tecnológica, atingindo a economia mundial há mais de uma década. As revoluções industriais, que aconteceram, anteriormente, se caracterizaram pela expansão da economia num quadro de crescimento da oferta de emprego, o que não vem ocorrendo com a revolução informática atual, que gera uma competição de mercados, internacionalização e expansão econômica e a reduzida oferta de trabalho. A indústria, o maior setor de geração de empregos, reduz sua participação nos dias atuais, em detrimento da terceirização que ocupa, consideravelmente, o mercado de trabalho.

---

<sup>12</sup> Id., *Ibid.*, p.27.

<sup>13</sup> Id., *Ibid.*, p.29.

A Globalização e o Neoliberalismo surgem como soluções para os inúmeros problemas vividos pela sociedade através de reformas financeiras de curta duração, não considerando, como fundamental, a reforma social, a construção de uma globalização, capaz de restaurar o homem na sua dignidade.

Temos que ousar um pouco mais e avançar na análise, na crítica e nas formulações de novas políticas, mesmo correndo o risco de que nos chamem de nostálgicos, "fora da moda" ou utópicos. Neste sentido, começamos a construir um caminho fértil, justo e responsável, merecendo uma reflexão. E essa tomada de consciência será a grande questão do próximo milênio (a tendência do mercado de trabalho).<sup>14</sup>

#### 2.1.4 Revolução Tecnológica

A globalização é hoje um fato consumado e graças aos modernos recursos da informática os conhecimentos se difundem por todo o mundo, atingindo tanto os países altamente desenvolvidos como os países emergentes e do Terceiro Mundo.<sup>15</sup>

Desta forma a Saúde Ocupacional não pode escapar à inevitável globalização que atingirá principalmente os países em desenvolvimento. Assim, a robotização que mais e mais cresce em todo mundo irá afetar a saúde seja física, seja mental dos trabalhadores.

O advento da Revolução Industrial decorreu também do desenvolvimento de uma tecnologia nova, com sérias repercussões sobre a saúde dos

---

<sup>14</sup> CANO, op. cit., p.139.

<sup>15</sup> NOGUEIRA apud MARANO, V.P. **Medicina do trabalho**. São Paulo: LTR, 1997, p.83.

trabalhadores, pelo que é importante conhecer-se como isso ocorreu, quais as suas conseqüências e que lições isso pode trazer ao atual mundo globalizado.

De fato, fazendo referência a este contexto de transformações estruturais, cita-se que na Idade Média, buscando aumentar a produção para o mercado, os trabalhadores urbanos foram reunidos em um mesmo local de trabalho onde cada um desempenhava uma atividade específica. Utilizando principalmente as mãos para transformar a matéria-prima, fazendo surgir o que se denominou de manufatura. Esse sistema de produção caracterizou-se basicamente pela divisão do trabalho e aumento da produtividade.<sup>16</sup>

Com o desenvolvimento da economia capitalista, a produção de artigos para o mercado passou a ser feita em série, com máquinas, dando origem às maquinofaturas industriais. Os trabalhadores passaram a participar do processo produtivo apenas com a força do trabalho que aplicavam na produção.

A utilização de máquinas em grande escala, implantada na Inglaterra a partir de 1760, aproximadamente, teve profunda influência sobre a economia mundial, ocasionando significativas mudanças sociais, políticas e culturais para o homem contemporâneo.<sup>17</sup>

Com a Revolução Industrial o processo de industrialização entrou em ritmo acelerado, O progresso econômico-tecnológico possibilitou a transformação de todos os setores da vida humana e assim, a Revolução Industrial traz implicações sociais e transforma o modo de formação econômica da sociedade. Em outras palavras, as transformações da ciência e técnica, provocaram modificações na

---

<sup>16</sup> VIEIRA et al. **Internet**, 1999.

<sup>17</sup> NEVES, C. **Revista Tecnologia Educacional**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Tecnologia Educacional, 1998.

produção e nos serviços que por sua vez produziram mudanças nas relações sociais.

Estamos imersos, na 2ª Revolução Industrial, nos avanços técnicos-industriais, iniciados com a substituição da produção da força física humana pela energia do vapor e posteriormente pela eletricidade podem ser separados em dois momentos distintos: um que buscou facilitar o trabalho do humano e o outro que aspira a eliminação deste. Os avanços dessa evolução se intensificam cada vez mais, primeiro pela aceleração da microeletrônica, que está presente a todo instante na vida de cada um de nós, como nos eletrodomésticos, computadores. Além dos avanços da ciência e da técnica que não hesitam em substituir o homem pelo robô. Segundo, a associação dos avanços da microeletrônica e o tecnológico-industrial, produzem avanços na microbiologia que dominará o século XXI, pois possibilitará ao homem dominar a natureza orgânica e o seu próprio "eu". Terceiro, o progresso social na produção e satisfação das necessidades humanas só são possíveis com a substituição das atuais fontes de energia, que estão se esgotando rapidamente. Essa substituição tem gerado uma busca de novas fontes e de novas reservas de fontes tradicionais de energia.<sup>18</sup>

Tais avanços podem ser denominados de revoluções, pois acarretam profundas mudanças em nossa consciência e no nosso estar nesse mundo.

As revoluções da microeletrônica, da microbiologia e energéticas trazem grandes perspectivas para a humanidade, como a produção de novas formas de se combater as enfermidades, a fome e a desnutrição dos habitantes do planeta que crescem assustadoramente, o aproveitamento da energia solar e geotérmica. Por outro lado, tais avanços podem acarretar gravíssimos perigos para a vida

---

<sup>18</sup> LITTO, F.M. **Informática em pedagogia**. São Paulo: Senac, 1996, p.85-110.

social, como a ingerência na personalidade humana, produção artificial de seres humanos com diversas características "encomendadas", a utilização da clonagem, que possibilita a produção de indivíduos idênticos, a ameaça à liberdade civil, a propagação da burocracia e o crescimento do desemprego estrutural proveniente da automação da produção e a utilização de recurso energéticos ilimitados para diversos fins.<sup>19</sup>

Esta situação é natural em todos os campos em que se manifestem um avanço do conhecimento que pode trazer benefícios e malefícios para a humanidade.

As implicações sociais dessa 2ª Revolução Industrial, marcada pelos avanços da microeletrônica, microbiologia e energética são enormes. O primeiro problema é como manter o exército crescente de pessoas, antes estruturalmente empregadas, que com a automação e robotização da produção e serviços estão perdendo seus empregos, principalmente nos países em vias de desenvolvimento, como o Brasil. (HERRERA, 1993)

O processo da automação e robotização podem incrementar a produtividade e a riqueza social, como reduzir de forma espetacular, a demanda de trabalho humano.

Uma teoria muito difundida atualmente no Brasil, proposta pelo sociólogo Domenico de Masi é que as novas tecnologias, proveniente do avanço da microeletrônica deverão ser usadas para otimizar o trabalho do homem, liberando-o do trabalho físico repetitivo, insalubre e intelectual, para que possa sobrar mais tempo para o lazer e assim se tornar um ser mais criativo. As soluções adotadas durante o período de transição, de redistribuição do volume de

---

<sup>19</sup> LEVY, P. **Ciberg cultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

trabalho existente mediante a redução de jornada de trabalho individual, pode contemplar tal perspectiva. Mas essa visão pode trazer conseqüências desastrosas para o trabalhador. A jornada de trabalho será reduzida paulatinamente até chegar à cifra de meia hora semanal. Provavelmente tal redução implicará em uma redução salarial, que por sua vez acarretará mudanças em seu modo de vida, chegando a privá-lo de condições mínimas de sobrevivência, retirando-lhe seu sentido da vida, no que se refere à motivação das atividades humanas.

Porém, com o avanço da automação e robotização dos países desenvolvidos, esses países estão reduzindo e/ou retirando os investimentos dos países subdesenvolvidos, assim o problema do desemprego estrutural será socialmente catastrófico para os países subdesenvolvidos.<sup>20</sup> O problema pode ser resolvido pela progressiva revolução energética, uma vez que a maioria dos países subdesenvolvidos está situada no hemisfério sul e dispõe de uma poderosa fonte de energética, a energia solar, por exemplo, cuja exploração está se desenvolvendo graças aos avanços das tecnologias. Dessa proposta de solução surge um problema: para a realização desta revolução são necessários gastos materiais que os países subdesenvolvidos não podem suportar. Aparece então, o desemprego estrutural...

Infelizmente a solução para a questão do desemprego estrutural nos países subdesenvolvidos não se limita simplesmente a questões materiais e de infra-estrutura, mas engloba uma iniciativa cultural das sociedades envolvidas, tornando imprescindível o preparo dos seus cidadãos para absorver as novas tecnologias e utilizá-las na resolução de seus problemas. O único recurso

---

<sup>20</sup> D'AMBROSIO, U. **Educação para uma sociedade em transição**. Campinas Papirus, 1999.



verdadeiramente nacional será o povo constituído por seus cidadãos e o maior recurso de uma nação será a capacitação e o discernimento de seu povo. Portanto, o sistema educacional desses países deveria contemplar e priorizar a formação de profissionais para participarem ativamente da vida sócio-econômica e política de seu país, pensar e buscar a superação das dificuldades e atuar na área tecnológica.

Cita-se que mesmo existindo um paradigma tecnológico, há um número muito grande de possíveis trajetórias que dependerá dessa sociedade. Estas trajetórias devem ser pensadas no contexto da atual crise mundial, das desigualdades internas/externas de cada país, notadamente no mundo subdesenvolvido que é cada vez maior.<sup>21</sup>

O processo de unificação mundial se instalou em grande parte com a tecnologia e dependendo da trajetória desse processo poderá ser algo opressivo para grande parte da população mundial ocasionado pelo impacto das inovações. O processo de automatização e robotização, diferentemente de inovações anteriores que não alteraram as estruturas econômicas é bastante específico porque questiona desde os salários até a divisão do trabalho. Grande parte da força de trabalho sobretudo, nos países subdesenvolvidos, não está preparada para lidar com a automação, não acompanha o desenvolvimento tecnológico, as mudanças de valores e de comportamento. Além disso 50% da PEA dos países subdesenvolvidos pode ser considerada analfabeta, se considerado o atual padrão mundial de alfabetização: capacidade de ler e interpretar um manual de instruções.

---

<sup>21</sup> CHAVES, E. **Tecnologia e Educação**. Brasília, 1999.

Como consequência disso temos não só o desemprego estrutural – provocado pela automatização e robotização – mas também o desemprego friccional que é decorrente de um desajuste entre qualidade de mão de obra e oferta de trabalho.

Uma outra dimensão deste rápido desenvolvimento mundial é que não nos encontramos diante somente de uma mudança tecnológica e científica, mas uma mudança que abrange todos os setores da vida social.

As sociedades mundiais estão ligadas por redes de informação e comunicação cuja lógica é funcionar de uma maneira global. Essa imagem de "aldeia global" lançada por Marshall McLuhan se impôs na década de 80, com a globalização dos mercados, dos circuitos financeiros, das empresas e do conjunto de intercâmbios imateriais. Se por um lado a globalização permitiu o desenvolvimento tecnológico e científico ao unir as nações, por outro gerou exclusões, surgindo disparidades entre países regiões ou grupos.<sup>22</sup>

Como se podia esperar, essa emergente globalização e conseqüentes transformações atingiu profundamente a saúde dos trabalhadores, vítimas de acidentes do trabalho e de doenças profissionais e, também de doenças devidas às miseráveis condições de trabalho; assim, a silicose e a pneumoconiose dos mineiros de carvão, ao lado das intoxicações profissionais pelo chumbo e pelo mercúrio eram muito freqüentes; a promiscuidade dos alojamentos de crianças nas fábricas causava freqüentemente o que se chamava de "febre dos aprendizes" e que era o tifo europeu, uma riquetsiose. Não obstante o fato de que Bernardino Ramazzini ter publicado em 1700 o seu livro **De Morbis Artificum**

---

<sup>22</sup> Id.

**Diatriba**, uma descrição de numerosas doenças profissionais, os médicos da época desconheciam a patologia ocupacional.

No entanto, foi essa primeira e incipiente globalização que fez nascer a Medicina do Trabalho. Assim, em 1828, o primeiro médico de fábrica foi o Dr. Robert Baker, contratado por um empregador que se impressionara com as conseqüências do trabalho sobre seus trabalhadores; foi-lhe dada a incumbência de visitar a fábrica quando julgasse necessário e de fazer a prevenção das possíveis doenças que seus trabalhadores apresentassem.

Quatorze anos mais tarde, outro empregador, proprietário de uma indústria têxtil, contratou um médico que deveria submeter os menores trabalhadores a um exame médico antes da sua admissão ao serviço; examinar periodicamente todos os trabalhadores; orientá-los em relação a problemas de saúde em geral.

O perfil desses médicos pioneiros e dos muitos que os seguiram era o de um clínico geral, necessário para atender os menores trabalhadores e também o operariado em geral, que não tinha a possibilidade de recorrer a outros médicos que não o médico de fábrica. Nenhuma ou muito pouca atenção era dada às doenças decorrentes do trabalho.

Assim, pela primeira vez uma tecnologia absolutamente nova se globalizava rapidamente, trazendo junto com ela uma nova especialidade médica: a Medicina do Trabalho, que também se globalizava.

Este primeiro choque entre tecnologia e trabalho humano tem enorme significado para a globalização que enfrenta o mundo moderno. Novamente se observa uma revolução tecnológica de amplitude global e mais uma vez o trabalho humano é profundamente atingido por ela. Se nos albores da Revolução Industrial era relativamente pequeno o número de trabalhadores que enfrentava a

nova ameaça da substituição do homem pela máquina, hoje esse número é extraordinariamente grande.

Confirmando as palavras proféticas de McLuhan, a globalização é um fato consumado e que mais e mais tende a se expandir. Seus efeitos atingem todas as áreas da atividade humana, nesta se incluindo a Saúde Ocupacional.

Para que se possa imaginar quais são os efeitos da globalização sobre a Saúde Ocupacional é indispensável conhecer como será afetada a saúde do trabalhador.

A globalização traz, em si, uma nova exigência: cada vez mais procura-se não só maior produção mas, e principalmente, maior qualidade dos produtos acabados para atender às exigências dos consumidores. Tal exigência vem sendo obedecida mais e mais através da automação e, muito especificamente, da robotização. Em inúmeras atividades industriais é possível obter-se produtos finais de melhor condição em quantidades cada vez maiores. Com isso, cada vez mais diminui a participação humana.

Se as doenças profissionais tradicionais devem reduzir paulatinamente na medida em que a automação avança não deve ser esquecido que outras doenças profissionais surgirão; exemplo típico é o das DORTs que surgiram muito recentemente em função dessa automação. Por outro lado, outras doenças ocupacionais estão surgindo como, por exemplo, as alterações da saúde de trabalhadores expostos ao eletromagnetismo, assunto que vem despertando o interesse da saúde ocupacional.

Na era da globalização, toda a orientação provém de um poder central, representado pelos países altamente industrializados, que atinge todos os países. A produtividade individual passa a ser substituída pela produtividade do sistema.

Nesses países desenvolve-se cada vez mais a robotização e esta necessita cada vez menos do trabalho humano e cada vez mais os países emergentes terão que enfrentar essa mesma realidade. Assim, a linha de montagem reduz-se cada vez mais, com suas atividades comandadas mais e mais por máquinas robotizadas. Atividades executadas pelo trabalhador como, por exemplo, a soldagem de metais é feita com muito maior rapidez pelos robôs e isso ocorrerá em um número cada vez maior de atividades antes executadas pelo trabalhador. Dessa forma, é facilmente explicável o crescente número de desempregados que vem ocorrendo nos países onde a automação está cada vez mais substituindo a mão humana.

Conforme o refere MACEDO, o trabalho globalizado possui os seguintes traços: "a) utilização de tecnologias adiantadas com processo contínuo de aprendizagem profissional e contínua avaliação organização; b) ênfase na qualidade, produtividade e flexibilidade de produtos, processos e trabalho como chave da competitividade; c) busca de uma relação cooperativa e complementar e não mais de oposição ou de substituição, entre tecnologia e trabalho; d) valorização da qualificação e da requalificação do trabalhador, com ênfase no treinamento permanente, como base para a flexibilidade e polivalência ocupacional; d) esforça para pensara empresa global e integradamenre, como um sistema aberto, interagindo com os atores externos, internos e com a sociedade geral".<sup>23</sup>

Evidencia-se que tal situação de trabalho irá afetar profundamente o trabalhador, exposto que estará a condições laborativas muito especiais.

---

<sup>23</sup> MACEDO apud VIEIRA, op. cit., p.33.

Com a automação, cria-se uma sensação de insegurança pelo temor de ser despedido é quanto mais progride a robotização, mais intenso é o medo de ser despedido, criando-se um sentimento de revolta.

A fim de não ser despedido, torna-se necessário o aprendizado de novas técnicas, sem possibilidade de escolha. E, caso não seja capaz de aprendê-las, será demitido. O autocontrole emocional dos trabalhadores que aprendem essas novas técnicas gera irritação indignação e revolta caso sinta que foi preterido por outro que, na sua opinião, está menos habilitado.

Percebe-se que a automação exigirá antes de mais nada, que os trabalhadores sejam devidamente educados e treinados para defrontarem-se com maquinária totalmente diferente. Como bem o destaca um dirigente sindical, antigamente um torneiro mecânico devia executar uma série de modificações do seu torno para poder executar novos trabalhos; atualmente, o que tem a fazer é apertar botões do computador que comanda a máquina.

Para que lhe seja possível executar tais tarefas, o trabalhador necessita de um treinamento mais ou menos longo, que será tanto mais curto quanto maior seja seu grau de escolaridade. Isso deixa de lado todos aqueles que, em função da sua baixa ou nenhuma escolaridade serão incapazes de executar as complexas operações que a automação exige.

Evitar a demissão torna necessário o aprendizado de novas técnicas, criando tensões psicológicas sérias. O autocontrole emocional dos trabalhadores que estão aprendendo as novas técnicas cria situações de grande tensão. Tem sido descrita a sensação de angústia profunda dessas condições e quando o trabalhador não consegue aprender suas novas funções que seu companheiro de

trabalho aprendeu, surge revolta intensa, incluindo também atos de agressividade.

Desta forma, as novas condições de trabalho exigem imobilidade relativa e alto grau de atenção a teclados, mostradores, sinais luminosos e sonoros, etc. Tal atenção aumenta quando sabe que se não for capaz de, por exemplo, pressionar as teclas certas, isso poderá redundar em problemas sérios de produção e de qualidade.

Além disso, os trabalhadores em atividades de serviço como, por exemplo, bancários sofrem as mesmas tensões psicológicas do operário de fábrica diante da complexidade de suas funções e a existência das DORTs entre eles bem demonstra as conseqüências sobre a saúde dos trabalhadores que executam atividades decorrentes da automação de duas funções.

O comportamento nos centros de grande densidade demográfica, passou por transformações profundas com a deterioração das qualidades e faculdades mais nobres do homem, enfeixadas no amor ao próximo.

Observa-se que a desumanidade é a marca dos grandes aglomerados urbanos. O homem urbano é na verdade envolvido por um ambiente incompatível com suas expectativas de realização psicossocial. O medo e a tensão passam a conviver no seu dia a dia. O preço dos "benefícios" alcançados pela chamada vida civilizada é alto.

Como alguém há uma geração, poderia intuir que a indústria fumageira, as radiações ionizantes, os aditivos alimentares, e processos de transformações industriais seriam responsáveis por certos tipos de cânceres; que alcoólatras, toxicômanos e doentes mentais ocupariam tantos leitos nos hospitais; que os produtos sintéticos aumentariam a prevalência das doenças alérgicas; que a

abundância de alimentos dos países prósperos causariam doenças da nutrição; que a vida sedentária e o trabalho mecanizado fossem fatores de risco para o desenvolvimento de moléstias.

Em décadas recentes, em consequência dos problemas advindos dos aglomerados urbanos, surgiu a AIDS, uma grande pandemia que veio acompanhada de todo um cortejo de desinformação e preconceitos, e que colocou a nu, as várias facetas do complexo processo de desagregação a que o homem foi levado pela modernidade. O conhecimento adquirido nos faz crer, que seu controle será alcançado pelo diagnóstico precoce e o bloqueio do contágio.

Tal quadro de convivência de doenças infecto-parasitárias e degenerativas em um país com poucos recursos para investir em saúde, exigirá o estabelecimento de prioridades e aproveitamento dos recursos materiais e humanos das comunidades, em esforços coordenados para reverter a situação. A saúde dos trabalhadores representa na atenção à saúde do adulto, um dos pontos em que a saúde pública poderá se apoiar para a detecção precoce das doenças e para difusão e a aplicação de procedimentos preventivos simples, em benefício da população.

A microeletrônica na industrialização, atendendo a necessidade de flexibilizar a produção, para que se possa atender com eficácia maior e rapidez as necessidades do mercado, iniciou uma nova etapa nos processos de produção. A informatização procura atingir o planejamento, a coordenação, o modo de produção, o armazenamento e vendas, para integrá-los como objetivo final de se dar respostas adequadas ao mercado. A automação levou a alterações estruturais na produção, nas empresas aonde foi implantada. A mais importante foi a expansão do setor de serviços, passamos a ter mais trabalhadores



empregados que trabalhadores operários. Nos países do 1º mundo hoje, mais; de 70% dos trabalhadores se encontram no setor de serviços. Essas alterações na estrutura da produção das empresas se remetem diretamente na saúde dos trabalhadores. Passa a haver uma diminuição das ocorrências de acidentes do trabalho e das clássicas doenças ocupacionais. Os postos de trabalho, se modificam pela automação, ficando o trabalhador cada vez mais ao lado e não frente à produção, afastando os riscos profissionais até então conhecidos. Há, no entanto, novos riscos: como a reparação de sistemas automáticos ou o manuseio de máquinas de grande potência, que podem levar a verdadeiras catástrofes, como robôs e usinas termo-nucleares.

Desta forma, considerando que os ritmos de trabalho estão acelerando, ocorre uma maior concentração do trabalho com mais produtividade. As novas máquinas são utilizadas com mais frequência dia e noite e, dos trabalhadores são exigidos elevado grau de responsabilidade e de compromisso pessoal. Há maiores sobrecargas sensoriais e mentais, pelo aumento de exigências de controle, de decisões rápidas, de maior capacidade de abstração e de precisão das manobras.

Há uma diminuição progressiva da atividade muscular e de manuseio de materiais, com o aumento das posturas tensas e fixas. Nos países do primeiro mundo, a introdução das técnicas de automação microeletrônica levaram a uma maior racionalização, aumentando o número de desempregados. Esses trabalhadores (apesar de receberem o seguro desemprego) passam a ser mais desconsiderados pela comunidade e a família, levando a um aumento das tensões psíquicas com o incremento das doenças cardiovasculares e osteoarticulares; maior consumo de álcool e drogas e maior incidência de

suicídios, o que tem reduzido a expectativa de vida dos desempregados de maneira drástica.

Esse quadro levou a OMS e OIT a se preocuparem e a implantarem programas de estímulo a pesquisas a respeito da chamada "doença dos desempregados". Por outro lado, a existência de um maior número de desempregados afeta o ambiente interno das fábricas, alterando a conduta dos que têm emprego. Há, uma pressão sobre os ganhos salariais; levando ao exercício de atividades com mais risco e a uma maior ansiedade para manutenção do posto de trabalho, na busca de mais eficiência.

A automação e microeletrônica estão se implantando de forma progressiva, porém desigual na indústria havendo uma convivência entre o novo e o velho. Ainda se percorrerá um longo caminho, principalmente nos países em desenvolvimento. Desta forma, o trabalho pesado ainda será significativo por alguns anos e sua consideração não deverá ser desatendida, pois são causadores dos acidentes mais graves entre os trabalhadores.

A expansão desta nova tecnologia chamada pelos antropologistas de Revolução Cibernética leva o trabalhador a ter uma maior exigência de cargas mentais e psicossociais, com um aumento da tensão e ansiedade, portanto, de fatores que condicionam o aparecimento das doenças crônico-degenerativas.

As novas oportunidades de trabalho propiciam uma maior dificuldade de cooperação e comunicação, levando ao isolamento, o que faz com que o trabalhador se envolva com a monotonia dos procedimentos e isso leva ao fastio e cansaço, ao mesmo tempo, que se exige um elevado grau de concentração e respostas rápidas, portanto fica o trabalhador diante de uma condição contraditória. Essas condições criam no trabalhador um certo número de

sintomas, vagos que devem ser avaliados e valorizados. Pois são todos da esfera psicossomática e se enquadram na chamada fadiga psíquica, que se não considerados certamente levarão a coronariopatias, hipertensão, gastrite, diabetes e alterações mentais.

Atenção muito especial deverá ser dispensada aos trabalhos noturnos e de turnos, pois será maior o número de empregados envolvidos nesses horários de trabalho no futuro. Esses trabalhadores, todos sabemos apresentam maior prevalência de acidentes, doenças e absenteísmo.

O trabalho noturno e de turno tem demonstrado ser uma atividade contrária à natureza humana, pois atenta contra os ritmos biológicos, e além do mais é contra os ritmos psicossociais da vida em comunidade. Quando inevitável deverá ser objeto de maior atenção.

Daqui para a frente, os problemas do relacionamento, saúde e trabalho, serão, analisados de forma mais abrangente. As chamadas doenças relacionadas ao trabalho, cada vez mais serão objeto da atenção dos médicos, pois representam um grupo de doenças, que ocorrendo de forma freqüente na população em geral têm no trabalho um importante fator para seu aparecimento ou agravamento.

Uma visão multicausal das doenças, que afetam o trabalhador considera, não só o ambiente de trabalho, como o ambiente social e os fatores de ordem pessoal, que interagem para o desencadeamento das doenças, dentro de uma visão sistêmica, na abordagem da saúde.

Assim, o campo tradicional da medicina do trabalho, com preocupação limitada aos ambientes de trabalho como determinantes de acidentes e doenças, passa a ampliar-se conferindo à saúde dos trabalhadores um papel muito mais

apropriado na consideração do homem no trabalho. É o que se espera dos vários níveis de atuação da Segurança e Saúde no Trabalho.

É difícil determinar-se exatamente a data em que o país começou a se industrializar. (Levantamento realizado em 1866 revela a existência de 9 indústrias).

A indústria progredia lentamente e um censo realizado em 1977 revelava a existência de 30 indústrias têxteis e de 39 fábricas de chapéus, sendo escravos todos os seus trabalhadores.

Toda essa primeira fase da industrialização baseava-se, exclusivamente, no trabalho escravo.

No período entre 1889 a 1901, um milhão de imigrantes europeus chega ao Brasil, substituindo os trabalhadores escravos nas numerosas fábricas que surgiam e, em 1901, 90% dos trabalhadores industriais eram imigrantes e apenas 10% eram ex-escravos.

Nos anos seguintes a imigração aumentou ainda mais, com grande número de imigrantes trabalhando em atividades rurais nas novas indústrias que surgiam.

As condições de trabalho eram as mais precárias possíveis. As mulheres representavam 33% da mão-de-obra, mas os seus salários eram de cerca de 30% do salário masculino. Os menores de 18 anos representavam um grande contingente de operários, sendo alvo de castigos corporais. Todos esses operários trabalhavam de 12 a 14 horas, diariamente, num total de 60 horas por semana, e os menores trabalhavam também à noite como os demais operários. Atrasos eram punidos com multas, e cada ida aos sanitários implicava num desconto de \$ 200 (duzentos réis) do salário.

Em 1917 ocorre a primeira greve geral em São Paulo, visando a proibição do trabalho noturno para trabalhadores e dos castigos corporais a que estes eram submetidos.

Isoladamente, a Medicina do Trabalho não é capaz de solucionar todos os problemas de saúde relacionados com o exercício do trabalho. Cabe-lhe, sem dúvida, diagnosticar as doenças profissionais mas, em conjunto com os demais membros dos SESMTs sua preocupação principal deve ser a de preveni-las, que depende fundamentalmente de toda a equipe de higiene, segurança e medicina do trabalho. Condições de trabalho implicam em tensões psicológicas.

Trata-se, pois, de uma visão muito mais ampla da relação saúde-trabalho. Fatores indiretamente ocupacionais, muito deles de natureza psicossomática existem na população geral, mas caberá ao Médico do Trabalho estudar com meticoloso interesse tais fatores, não diretamente ocupacionais, mas que podem, por exemplo, dar origem à hipertensão arterial, a problemas de comportamento e até mesmo diminuição da imunidade a grande número de doenças.

Não pode ser deixado de lado o fato de que condições de salário, de moradia, de transporte humano, de ausência de momentos de lazer e outros fatores fundamentalmente sociais, influenciarão muito na saúde dos trabalhadores.

Abre-se, pois um campo de atividades ainda não exercido pelos Médicos do Trabalho.

Quando alterações rápidas da vida no trabalho estão afetando tanto a saúde dos trabalhadores, é necessário que os Médicos do Trabalho dediquem especial atenção a tão importante missão que a OMS lhes atribui.

A segunda Revolução Industrial que resulta da ampla implementação de novas tecnologias e da automação, biotecnologias, nova produção de métodos e uso de novos materiais tem um positivo impacto na saúde ocupacional e na segurança, especialmente nos países industrializados. Com isso problemas novos que influem na saúde dos trabalhadores têm sido observados.

A moderna tecnologia, que avança com incrível velocidade em todo o mundo levará à existência de indivíduos incapazes de utiliza-la, o que fará com que não possam mais obter trabalho.

Na primeira Revolução Industrial o aparecimento das máquinas de fiar e de tecer movidas a vapor, implicou na substituição de trabalhadores artífices por trabalhadores capazes de utilizar a nova tecnologia que se apresentava. Isso implicou no surgimento de milhares de trabalhadores artesanais, que não mais podiam ganhar seu sustento e daí decorreu o espantoso desemprego e o subemprego de crianças e mulheres, com suas gravíssimas conseqüências sociais.

Conforme já citado anteriormente, a segunda Revolução Industrial que se inicia, já vem causando conseqüências sociais de altíssima gravidade. A automação das máquinas conduz, inevitavelmente, à necessidade cada vez menor de mão-de-obra humana.

Nos países altamente industrializados, a Medicina do Trabalho já se modifica, pois reduzem-se os acidentes do trabalho e as doenças profissionais, mas crescem mais e mais as doenças das condições do trabalho, particularmente, aquelas psicossomáticas. Preocupação cada vez maior vem ocorrendo quanto à exposição aos monitores de computadores, às radiações eletromagnéticas, aos raios laser e a outros fatores que estão sendo mais e mais

estudados. Isso vem exigindo dos Médicos do Trabalho, um conhecimento aprofundado de tais equipamentos e de condições de prevenção cada vez mais complexas.

O Brasil, apenas começa a utilizar essa nova tecnologia, mas seus efeitos nocivos sobre a saúde dos trabalhadores já se fazem presentes, como, por exemplo, a questão das LER (lesões por esforços repetitivos). Assim, cabe aos Médicos do Trabalho brasileiros estudarem mais a fundo os novos agentes que atuam sobre os trabalhadores e quais as suas conseqüências sobre a saúde dos mesmos. Atenção especial deve ser dada à complexidade cada vez maior de máquinas e equipamentos, causa importantíssima do “stress”.

Os médicos brasileiros devem preparar-se para o novo desafio que lhes faz a moderna tecnologia e, assim, podem realmente levar a cabo sua nobre missão de proteger os trabalhadores contra os agravos do novo tipo de trabalho a que mais e mais estão expostos.

As mudanças que vêm se processando no mundo do trabalho têm provocado profundas alterações na composição do processo de adoecimento e morte no trabalho.

Cada vez mais frações significativas da força de trabalho estão direcionadas para o trabalho informal, e, mesmo no campo do trabalho formal, o setor de serviços é o que tem apresentado o maior crescimento.

A implantação de novas tecnologias no campo do trabalho introduzem novos critérios de qualificação profissional e, conseqüentemente, a uma nova forma de organização do trabalho. Esta evolução administrativa e tecnológica, por sua vez, não contempla a superação dos problemas de saúde, que continuam sendo reproduzidos e, mais do que isso, produzindo novas doenças do trabalho.

Necessidades são buscadas como novas estratégias, que passam a fazer parte deste contexto. Exemplo disto, a implantação de programas de Qualidade Total nas empresas tem sido marco importante deste momento, mas tem se configurado como mais uma meta imediatista a ser alcançada, na busca de sobrevivência e manutenção da competitividade do mundo econômico.

Ainda temos que considerar a importante mudança na organização e na base tecnológica do trabalho, provocada não só pela automação e robotização, como pela desregulamentação e flexibilização das relações de trabalho. O trabalho fabril está hoje sujeito a uma verdadeira revolução que está ocorrendo no interior das empresas. O que está mudando é não só a automação das linhas de produção, com o surgimento de novos riscos daí decorrentes, mas a própria organização do trabalho. Cada vez mais se implementam formas de administrar o trabalho, que exigem um trabalhador que execute múltiplas tarefas, com o tempo de trabalho real ampliado, e submetido a um "stress" ocupacional nunca visto. O que está ocorrendo é uma revolução industrial tão ou mais importante do que a que acompanhou o modelo americano de produção em série, no século XX. A chamada flexibilização do trabalho está trazendo para os serviços de saúde um trabalhador portador de sintomatologia e de uma clínica diferentes dos tradicionais quadros das doenças ocupacionais e de intoxicações, mais dentro da área da saúde mental, e de difícil comprovação donexo causal.

Os agravos à saúde nestas novas condições de trabalho relacionam-se com:

1. aumento do isolamento no trabalho;
2. o ritmo intenso a que é submetido o trabalho que, no gesto ou esforço repetitivo, provoca um conjunto de lesões musculares e tendinosas;



3. o aumento da tensão nos postos de trabalho, do controle, que produz a fadiga mental ou patológica, provocados pelos esforços exigidos pelo acréscimo de carga mental e cognitiva. Cresce ainda em nível de exigências em função da utilização de equipamentos caros ou perante aspectos-chaves da produção, sem pausas suficientes em espaço de tempo e duração, o que acaba por refletir nas perturbações do sono, nas doenças psicossomáticas.

Com a terceirização das relações de trabalho, é crescente o número de pessoas que, mesmo alocadas como mão-de-obra no setor secundário, de transformação, estão classificadas como no setor terciário, de serviços. Esta é a realidade do trabalho formal. Acrescente-se a massa de aproximadamente metade da População Economicamente Ativa que não trabalha neste mercado formal urbano, e teremos um diagnóstico muito diferente daquele que tem sido objeto tradicional dos setores Trabalho e Previdência.

Neste sentido, no campo das relações de trabalho, este momento está fortemente marcado por profundas desigualdades sociais geradas pelo desenvolvimento acelerado do capitalismo e pelas fortes contradições manifestadas ainda pelo convívio entre formas arcaicas de organização e relações de trabalho, que coexistem com setores altamente desenvolvidos da sociedade.

Ao cidadão deve ser garantido um mínimo de condições para que possa desenvolver ao máximo suas potencialidades, com dignidade dentro da perspectiva do próprio cidadão.

A saúde é percebida como resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso à propriedade privada da terra e acesso aos serviços de saúde.

Torna-se difícil falar de um mundo do trabalho que pertence à esfera da fábrica, e um mundo fora do trabalho. O mundo é um só e os trabalhadores existem, neste mundo, transformando e sendo transformados por ele, com um modo de viver determinado.

A atenção que se tem dado na área de Saúde do Trabalhador, tem sido tradicionalmente voltada para o trabalho formal, e, dentre este, o trabalho industrial.

Os programas de educação, como tratados pela medicina, partem de um diagnóstico técnico-estatístico das enfermidades, buscando desenvolver condutas individuais frente às patologias; referem-se fundamentalmente à história natural da enfermidade, para finalizar, culpando o indivíduo e responsabilizando-o por sua própria saúde.

O programa Saúde do Trabalhador, por entender o social como o determinante das condições de saúde da população, e no caso, a dos trabalhadores, sem negar que os doentes têm que ser tratados, ou que é necessário prevenir novas doenças, privilegia as ações de promoção da saúde, no sentido de agir a partir das ações com os indivíduos na promoção de suas condições de saúde. Entende que as múltiplas causas das doenças têm uma hierarquia entre elas, não são neutras e iguais entre si, mas umas causas determinam outras causas, com priorização de importâncias entre elas.

Propugna-se hoje ações voltadas à proteção, recuperação e promoção da saúde de forma integrada.

Tanto para o médico, como para a equipe, suas ações são eminentemente técnicas, e a busca de soluções destes profissionais se dá no campo da técnica. Para o cidadão, melhores condições de saúde relacionam-se com condições de exercício da cidadania, de participação, de liberdade, de autonomia, melhores salários, transporte e moradias dignas, acesso a serviços públicos de qualidade, e estas ações são executadas no campo da política. Entende-se que, se para o conceito anterior o problema está no campo técnico, para a Saúde do Trabalhador é eminentemente político e conflitivo.

O Médico do Trabalho é apontado como tendo a oportunidade ímpar de, no seu cotidiano, poder ir participando na construção de formas de agir na busca da integralidade das ações de saúde.

As transformações ocorridas com as inovações tecnológicas e organizacionais têm provocado grandes mudanças no universo fabril. A implantação de Programas de Qualidade Total está alterando profundamente o conjunto das relações de trabalho e provocando grande pressão sobre os trabalhadores, que ganham novas funções e assumem novas responsabilidades. Por isso, alguns desafios são colocados ao se exigir uma nova inserção dos trabalhadores no processo de produção. Esta se traduz pela quebra da hierarquia funcional formal a que estão acostumados. Eles devem passar a entender e a influir no processo de produção, adquirindo maior qualificação, assumindo a polivalência e passando por uma maior carga de treinamentos. O trabalhador, em todos os momentos da vida, deve passar a viver e a pensar, essencialmente, na empresa.

É importante entender o processo de transformação que estamos vivendo e procurar dirigi-lo de forma que os avanços trazidos pelas novas formas de

organização do trabalho tragam vantagens à maioria da sociedade, com a busca de benefícios concretos para os trabalhadores. Essa nova fase da relação capital e trabalho redimensiona as relações entre tecnologia e organização do trabalho, exigindo novas perspectivas de estudos como os propostos pelas pesquisas das relações de gênero. Esse redimensionamento, por sua vez, implica em conseqüências para saúde dos trabalhadores que merecem ser melhor conhecidas.

Até o momento, no entanto, segundo levantamento feito por ABRAMO (1990), os estudos realizados sobre os impactos da introdução das novas tecnologias no Brasil têm-se concentrado, prioritariamente, nos setores automobilísticos, metalmeccânico e eletrônico.<sup>24</sup>

## 2.2 LEGISLAÇÃO

O trabalho feminino encontra-se amparado por legislação trabalhista específica contida na CLT, com vetos ao trabalho em determinados locais em virtude de sua disposição anatomofisiológica e de sua condição social.<sup>25</sup>

As nuances psicossomáticas femininas, constituídas de peculiaridades anatômicas e funcionais, diferindo, portanto, daquelas inerentes ao organismo masculino, exigem certas prerrogativas, com o objetivo de proteger e manter a integridade física e psicológica da operária.

---

<sup>24</sup> ABRAMO, L. **Bib-Boletim informativo bibliográfico de ciências sócias/ANPOCS**, 1990, p.19-65.

<sup>25</sup> CUNHA, R.S. **Os novos direitos da mulher**. São Paulo: Atlas, 1990.

Tais aspectos são tão importantes que a própria legislação trabalhista, por meio da Consolidação das Leis do Trabalho, disciplina e regulamenta.

O trabalho da mulher no Brasil assim como na maioria dos países, é assistido por dispositivos legais. No que se refere à jornada de trabalho, é igual a do homem.

Avaliando que a proteção do trabalho da mulher é medida de ordem pública, - segundo estudos da Divisão de Assistência ao Trabalho da Mulher do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho, resolve dispor de preceitos especiais, ou seja, leis específicas, asseguradas pela Constituição Federal em seu artigo 7º. – São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem a melhoria de sua condição social: inciso XX – proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei; e inciso XXX – proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor, ou estado civil.

Desta forma, entende-se que as regras que ordenam o trabalho masculino aplicam-se, também, ao trabalho feminino, considerando as condições especiais estabelecidas no Capítulo III, Da Proteção do Trabalho da Mulher/CLT.

Percebe-se que a proteção do Estado reservado ao trabalho feminino se contrapõe ao movimento tendente a igualar a mulher, ao homem na vida social, notadamente nos ambientes de trabalho, embora se entenda que tal proteção se dá em função da diferença anatômica e fisiológica existente entre o homem e da Mulher.

### 2.2.1 Mercado de Trabalho e Incentivos

#### 1. Constituição Federal de 1988

Art. 7º. [. . .] XX – Proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei.

### 2.2.2 Diferenças de salários

#### 1. Constituição Federal de 1988

Art. 7º. [. . .] XXX – Proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

### 2.2.3 Duração do Trabalho da Mulher

#### 1. Consolidação das Leis do Trabalho

Art. 372. Os preceitos que regulam o trabalho masculino são aplicáveis ao trabalho feminino, naquilo em que não colidirem com a proteção especial instituída neste capítulo.

## 2.2.4 Trabalho Noturno

### 1. Constituição Federal de 1988

Art. 7º. [. . .] IX – Remuneração do trabalho noturno superior à do diurno.
---

### 2. Consolidação das Leis do Trabalho

Consolidação das Leis do Trabalho permite o trabalho noturno da mulher maior de 18 anos, salvo em empresas ou atividades industriais (art. 379 com a redação dada pela Lei nº 7.189, de 4-6-84), salvo em certos casos (posto de direção ou qualificação técnica com acentuada responsabilidade; serviços de higiene e de bem-estar, desde que não execute tarefas manuais com habitualidade). Há autorizações especiais na safra ou com matérias de rápida alteração. Mas, em qualquer hipótese, o trabalho noturno da mulher depende de atestado médico. Este é anotado no livro ou ficha de registro (não na carteira, como se exige para férias, quanto a acidente ou auxílio-doença, o que é nota desabonadora, que dificulta outro emprego e deveria ser abolida).

Apesar da nova redação do art. 379, desde 1984, a restrição prejudica o trabalho da mulher e deveria haver proibição só para as menores de 18 anos. Só agora, em 1988, com a Constituição, admite-se superação da norma. A Instrução Normativa 01, de 12-10-88, orienta a fiscalização no sentido da aplicação ao trabalho noturno da mulher, das mesmas normas sobre o trabalho noturno dos

homens, com a igualdade de direitos e obrigações (art. 5º-, I e art. 7º-, XXX). O mesmo quanto às horas extraordinárias.

## 2.2.5 Métodos e Locais de Trabalho

### 1. Consolidação das Leis do Trabalho

Art. 387. É proibido o trabalho da mulher:

a) nos subterrâneos, nas minerações em subsolo, nas pedreiras e obras de construção pública ou particular;

b) nas atividades perigosas ou insalubres, especificadas nos quadros para este fim aprovados.

## 2.2.6 Higiene dos Locais de Trabalho

### 1. Consolidação das Leis do Trabalho

Art. 389. Toda empresa é obrigada.

I – a prover os estabelecimentos de medidas concernentes à higienização dos métodos e locais de trabalho, tais como ventilação e iluminação e outros que se fizerem necessários à segurança e ao conforto das mulheres, a critério da autoridade competente;



II – a instalar bebedouros, lavatórios, aparelhos sanitários; dispor de cadeira ou bancos, em número suficiente, que permitam às mulheres trabalhar sem grande esgotamento físico. (Portaria no. 3.214, NR 24)

III – a instalar vestiários com armários individuais privativos das mulheres, exceto os estabelecimentos comerciais, escritórios, bancos e atividades, em que não seja exigida a troca de roupa, e outros, a critério da autoridade competente em matéria de higiene e segurança e medicina do trabalho, admitindo-se como suficientes as gavetas ou escaninhos, onde possam as empregadas guardar seus pertences (Portaria DNSHT 1, de 15-1-69).

IV – a fornecer, gratuitamente, a juízo da autoridade competente, os recursos de proteção individual, tais como óculos, máscaras, luvas e roupas especiais para a defesa dos olhos, do aparelho respiratório e da pele, de acordo com a natureza do trabalho.

### 2.2.7 Creches e Pré-Escolas

#### 1. Constituição Federal de 1988

Art. 7º. [. . .] XXV – Assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creche e pré-escola.

## 2. Consolidação das leis do Trabalho

Art. 399. O Ministro do Trabalho conferirá diploma de benemerência aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituição de proteção aos menores em idade pré-escolar, desde que tais serviços se recomendem por sua generosidade e pela eficiência das respectivas instalações.

### 2.2.8 Licença à Gestante e Proteção à Maternidade

#### 1. Constituição Federal de 1988

Art. 7º. [. . .] XVIII – Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias.

#### 2. Consolidação das Leis do Trabalho

Art. 388 [. . .] § 1º. Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação (Port. No. 3.296 de 3-9-86 sobre adoção do reembolso-creche).

Art. 391. Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou de encontrar-se em estado de gravidez.

§ Único. Não serão permitidos em regulamentos de qualquer natureza, convenções coletivas ou contratos individuais de trabalho, restrições ao direito da mulher ao seu emprego, por motivo de casamento ou de gravidez.

Art. 392. É proibido o trabalho da mulher grávida no período de quatro semanas antes e oito semanas depois do parto.

§ 1º Para os fins previstos neste artigo, o início do afastamento da empregada do seu trabalho será determinado por atestado médico nos termos do art. 375, o qual deverá ser visado pela empresa.

§ 2º Em casos excepcionais, os períodos de repouso antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais duas semanas cada um, mediante atestado médico (art. 50, § 2º da CI.PS).

§ 3º- Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito às doze semanas previstas neste artigo.

§ 4º Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do § 1º, é permitido à mulher grávida mudar de função.

- Redação dada pelo DL nº- 229, de 28-2-67. - Enunciado TST 142.

- Regulamento do FGTS, art. 9º-, § 1º, letra de art. 25, inciso V.

Art. 393. Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos seis últimos meses de trabalho, bem como os direitos e vantagem adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava.

- Redação dada pelo DL n° 229, de 28-2-67.

- Lei n°- 6.332, de 18-5-76 alterou o art. 2°- da Lei n° 6.136, de 7-I 1-74. -  
Enunciado TST 244.

Art. 394. Mediante atestado médico, à mulher grávida é facultado romper o compromisso resultante de qualquer contrato de trabalho, desde que este seja prejudicial à gestação.

Art. 395. Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de duas semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Art. 396. Para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um.

§ Único. Quando o exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

Art. 400. Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.

Como se pode perceber, há demasiadas normas de proteção da mulher, assustando e desestimulando os empregadores. Algumas dessas exigências são

irrealistas, inatendíveis na prática e poderia haver abrandamento (vestiário, armários), pois nem sempre advém daí maior prejuízo à empregada (que, se não aceitar as condições, tem direito de não se interessar pelo emprego). As medidas protetoras são genéricas e assim muitos empregadores recusam emprego a mulher, indistintamente (sem levarem em conta se ela se dispõe a trocar a maternidade pelo emprego, se controla a natalidade, se é estéril ou se não tem relações sexuais). A nova Constituição revoga restrições quanto a horas extras noturnas - serviços perigosos e insalubres - e isso precisa ser assimilado. A licença à gestante, que passou de 84 horas para 120 dias tem alarmado os empregadores, mas o pagamento cabe ao SUS (mediante compensação).<sup>26</sup>

Apesar das garantias impostas pelas Leis, observa-se em vários estudos que a participação do trabalho feminino tem chegado a conclusão que também o trabalho constitui para mulher, um instituto de subordinação; freqüentemente elas ocupam postos mais baixos na hierarquia ocupacional que os homens. Tem menores oportunidades de mobilidades, recebem salários inferiores, apresentam uma taxa mais alta de instabilidade de emprego. Na verdade não é possível negar que exista no mercado de trabalho uma brutal concorrência entre todos os trabalhadores.

Independente da legislação vigente que garante condições especiais compatíveis com as condições da estrutura feminina, é comum, e talvez esta própria legislação tenha contribuído para que o empregador resista quanto a oportunizar o emprego da mulher casada.

---

<sup>26</sup> CUNHA, op. cit.

## 2.3 PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO

Para que se obtenha uma mão-de-obra feminina o mais hígida possível, recomenda-se a implementação de um programa médico completo de controle da saúde ocupacional, realizado através de medidas claras e eficazes que promovam o seu bem estar físico, mental e social, visando a continuidade operacional e o aumento da produtividade.<sup>27</sup>

Com a finalidade de desenvolver um trabalho profícuo dentro da empresa, o médico do trabalho deverá cumprir rigorosamente a legislação e desenvolver suas atividades com neutralidade, ética e muito bom senso, apoiando-se não somente nos aspectos estritamente técnicos, mas também sociais e humanos. É preciso evitar atitudes precipitadas ou discriminatórias frente ao trabalhador feminino, já intensamente estigmatizado no mundo do trabalho.

É através do PCMSO que se realiza a adequada preservação da saúde das trabalhadoras. Os objetivos principais são:

- a) a proteção da saúde e bem-estar do trabalhador(a) contra os riscos e condicionamentos do ambiente de trabalho;
- b) a colocação do trabalhador(a) numa atividade, de acordo com sua capacidade física e emocional, de modo a poder realiza-la sem perigo para ele e seus colegas e sem dano à propriedade;
- c) o provimento de atendimento médico de emergência para os acidentes do trabalho e doenças profissionais/ocupacionais e não ocupacionais, bem como reabilitação profissional;

---

<sup>27</sup> MARANO, V.P. **Medicina do trabalho**. São Paulo: LTR, 1997.

- d) a manutenção da saúde do trabalhador(a) através de atividades promocionais, procedimentos específicos de medicina preventiva e freqüente revisão do estado de saúde;
- e) o controle dos riscos potenciais à saúde inerentes à operação de trabalho.

Os riscos existentes na empresa devem ser previamente reconhecidos, avaliados e controlados pelo PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais). O PPRA e o PCMSO devem estar estreitamente vinculados, buscando uma troca de informações para harmonizar as ações propostas.

Desta forma, o PCMSO, quando devidamente ajustado aos objetivos da empresa, reveste-se de grande importância, pois através dele, pode-se avaliar a saúde das trabalhadoras em relação às condições dos ambientes de trabalho, mas também às relacionadas com o ambiente psicossocial que as envolvem, como um todo.

O PCMSO oferece portanto, uma excelente oportunidade para promoção, proteção e recuperação precoce da saúde do trabalhador feminino.

### 2.3.1 Exame Médico Admissional

#### **Exame Clínico**

O exame médico admissional é obrigatório para todas as candidatas ao trabalho, independente da atividade que irão desempenhar (NR-7, de 14.6.83 - Portaria n. 12, de 6.6.83 - DOU de 14.6.83).<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> MARANO, op. cit., p.173.

Atendidas as exigências de recrutamento e seleção, a candidata deverá submeter-se ao exame médico. Orientada previamente quanto à realização de exames laboratoriais e radiológicos complementares, a candidata deverá comparecer ao exame médico munida dos resultados desses exames.

Uma mesma metodologia utilizada para o exame clínico de candidatos adultos do sexo masculino pode ser usada para as mulheres adultas.

Portanto, o interrogatório sobre os diferentes aparelhos e sistemas, seguido do exame propedêutico dos segmentos cefálicos, tronco, abdômen e membros, deve ser cumprido.

A candidata deverá ser examinada preliminarmente em decúbito dorsal e com o mínimo de roupas. Enfatiza-se esse detalhe em virtude da possibilidade de passarem despercebidas certas anormalidades que, se não incapacitam para o trabalho, o tornam restrito.

Atenção especial deve ser dada aos antecedentes alérgicos e dermatoses preexistentes, porquanto contra-indicam a manipulação de graxas, solventes, colas, tintas, resinas etc. A pele e anexos exigem um exame minucioso (nêvus, manchas, cicatrizes etc.).

Também a coluna vertebral deve ser pesquisada, procurando-se verificar a existência de desvios patológicos, muito freqüentes entre as mulheres (cifose, lordose, escoliose), e que provocam básculas de bacia, com o conseqüente encurtamento de um dos membros inferiores.

Tais anomalias prejudicarão a capacidade de trabalho nas atividades que exigem posição contínua e prolongada de pé ou sentada (telefonistas, balconistas, secretárias, costureiras etc.).



Além disso, a pesquisa de parestesias dos membros superiores e inferiores deve ser efetuada, pois estas contribuem para o decréscimo produtivo e constituem motivo de queixa freqüente de muitas operárias inadequadamente posicionadas no seu trabalho.

Terminada a propedêutica dos diferentes segmentos (palpação, percussão e ausculta), complementa-se o exame clínico com o exame dos órgãos do sentido. Constatada a existência de alguma lesão ocular passível de cura a curto prazo (pterígeos, blefarites etc.), esta deve ser tratada. A otoscopia é indispensável, procurando-se detectar possíveis lesões do conduto auditivo ou da membrana timpânica, mormente para as candidatas a telefonistas. Nesses casos a presença dessas lesões obriga ao tratamento prévio. As amígdalas hipertrofiadas e criptiformes devem ser previamente eliminadas, principalmente nas candidatas aos trabalhos de cozinha e restaurante, porquanto constituem focos bacterianos com grande potencial de contaminação para os alimentos. Atenção também deve ser dada ao exame da mucosa e do septo nasal.

A inspeção odontológica é imperativa, com indicação prévia de remoção de focos de cáries dentárias.

As próteses dentárias, quando existentes, devem ser removidas no ato do exame, visto ser freqüente a existência de focos ou lesões muitas vezes carcinogênicos nas gengivas e no palato.

A presença de perfuração na câmara de vácuo da prótese dentária deve ser reparada, pois constitui causa do aparecimento de lesões pré-cancerosas do palato.

A hiper-hidrose das mãos deve ser detectada. A sua presença contra-indica certas operações com instrumental ou dispositivos metálicos delicados, que

podem sofrer um processo de oxidação à custa de suor, provocando a danificação daqueles.

No caso de serem freqüentes as queixas relativas à esfera genital, o exame ginecológico das candidatas deve ser exigido. Esse exame deve ser completo, incluindo-se o exame das mamas. Verificada a existência de ginecopatias passíveis de cura a curto prazo, o seu tratamento prévio deve ser indicado. Na existência de mastopatia, deve-se proceder ao exame radiológico específico (mamografia), a fim de se descartar e prevenir as neoplasias mamárias.

Precedendo o exame ginecológico, é fundamental uma pesquisa dos antecedentes ginecoobstétricos, nela devendo constar dados sobre: a idade da menarca, o ciclo e irregularidades menstruais, a existência de cólicas menstruais, ou de tensão menstrual, os antecedentes obstétricos (número de gestações, de partos normais, a fórceps ou por cesáreas, de abortos, a existência de leucorréia, o uso de contraceptivos etc.).

Além de tudo, a integridade da parede abdominal deve ser verificada a fim de se excluir a possibilidade de hérnias e diástases reto-abdominais, muito comuns nas multíparas. A sua presença exige prévia correção cirúrgica, pois constitui fator predisponente de queixas freqüentes entre mulheres que trabalham em pé.

É de máxima relevância o exame de circulação venosa dos membros inferiores. A existência de varizes, mesmo que incipientes, nos membros inferiores contra-indica as tarefas que exigem a manutenção prolongada de posição sentada.

Mister se faz, portanto, que tais afecções sejam corrigidas previamente.

Ainda, no exame clínico de operárias menores (12 a 18 anos), adota-se a mesma metodologia descrita no capítulo de exame médico admissional de menores.

### **Exames Subsidiários, Laboratoriais e Radiológicos**

Da mesma forma que para os homens trabalhadores é exigido um elenco de exames subsidiários, laboratoriais e radiológicos, no exame médico admissional para as candidatas essa exigência também deve ser cumprida.<sup>29</sup>

Os exames laboratoriais e radiológicos solicitados são representados pela reação de Machado Guerreiro, pelo VDRL, pelo protoparasitológico e, a critério médico, pelo exame abreugráfico.

No caso de candidatas, convém levar em consideração certas características inerentes ao sexo e que nos obrigam a ampliar o quadro de exigências (menstruação, gestação incipiente, lesões pré-cancerosas incipientes etc.).

Completando o grupo básico de exames laboratoriais e radiológicos, deve-se solicitar outros, que permitirão ao médico a emissão de um laudo conclusivo mais apurado.

Desta forma, diante de uma suspeita de gravidez, a candidata deve ser submetida ao teste imunológico para gravidez de fácil realização e que pode ser efetuado no próprio serviço médico da empresa. Tal medida é indispensável em virtude de contra-indicações para certos trabalhos, mormente nos 4 primeiros meses de gestação (tintas, colas, resinas, solventes, produtos químicos farmacêuticos e inseticidas).

---

<sup>29</sup> Id.

O hemograma completo deve ser também solicitado a todas as candidatas, principalmente àquelas oriundas de outras empresas manufactureiras de utensílios plásticos que utilizam solventes (benzeno, xilol, tolueno, xileno etc.).

Constituindo subsídio indispensável, a colpocitologia oncótica deve ser realizada em todas as candidatas com idade a partir de 25 anos, porquanto consiste, na atualidade, no melhor e mais econômico método para a prevenção de câncer ginecológico.

Também a instituição de pesquisa de sangue oculto nas fezes nas candidatas com idade a partir de 40 anos, com o objetivo de prevenir o câncer do intestino grosso, pode fazer parte das exigências preliminares.

Um exame desta natureza poderá ser facilmente realizado no próprio serviço médico da empresa, utilizando-se o chamado teste de Haemocultt, recentemente introduzido no arsenal propedêutico. Cuidados prévios devem ser tomados a fim de se evitarem testes falsos positivos. Um exame proctológico deverá ser exigido diante da positividade do teste.

A pesquisa de anticorpos contra a rubéola permitirá o desenvolvimento de uma imunização prévia nas candidatas aprovadas.

Nas candidatas para funções de ascensorista ou de motorista, é indispensável o exame preliminar de eletroencefalografia. O pessoal feminino destinado às áreas de alimentação (cozinheira, ajudante de cozinha, copeira, faxineira, garçonete etc.) deve também ser submetido ao exame de corpocultura e ao exame bacteriológico de secreção nasofaríngea assim como da pesquisa de BK no escarro ou PCR para o BAAR.

## **Provas Funcionais**

Observa-se que inexistem padrões de fichas médicas utilizadas para a realização de exames médicos admissionais.<sup>30</sup>

Entre os diferentes modelos existentes, uns se apresentam extremamente simples, outros complexos demais. Entretanto, ambos, na maioria das vezes, são incompletos. Convém lembrar, sem que sejam tais modelos muito complexos, que o objetivo principal é detectar nos candidatos possíveis anormalidades que os incompatibilizem com o trabalho que lhes foi destinado e, freqüentemente, com qualquer tipo de atividade oferecida pela empresa.

É fundamental que essas fichas sejam simples, de rápido preenchimento e completas, permitindo investigar todos os segmentos do corpo e todos os aparelhos e sistemas. Uma forma de simplificar a ficha médica é adotar um sistema de conduzir o interrogatório a que o médico deverá submeter o candidato. Dessa maneira, dificilmente escaparão informações necessárias para o laudo conclusivo.

Na mesma ficha deverão constar também, além dos dados de interesse essencialmente clínico, aqueles destinados a exames especializados de otorrinolaringologia, de oftalmologia, de ortopedia e de odontologia.

Uma grande quantidade de serviços médicos exigem dos candidatos a apresentação de um questionário onde conste uma série de indagações que devem ser respondidas por eles próprios. Tal documento se torna praticamente inútil, porquanto, em vez de auxiliar o médico examinador em suas conclusões, na maioria das vezes não reflete a verdade, já que o candidato, como seria de se esperar, negará praticamente tudo o que se indaga.

---

<sup>30</sup> Id.

Uma ficha médica pode ser útil, é de fácil manejo, além de conter todos os dados necessários, bem como espaços reservados para o registro dos resultados dos exames complementares e do laudo conclusivo. Note-se que o interrogatório é dirigido, facilitando ao médico obter os dados indispensáveis.

### **Esquema Imunológico**

O esquema imunológico admissional preconizado para as mulheres trabalhadoras é idêntico àquele aplicado aos trabalhadores do sexo masculino.<sup>31</sup>

Percebe-se que é importante que atenção seja dada à rubéola, porquanto é altamente nociva ao produto concepcional na gestação. Nessas condições, será de bom alvitre a imunização prévia, contra a rubéola, de todas as candidatas ainda não imunes.

A pesquisa de anticorpos contra a rubéola sendo instituída e fazendo parte dos exames complementares do exame médico admissional, facilitará o desenvolvimento desse programa.

### **Ficha Médica do Exame Admissional**

O registro dos dados obtidos pela anamnese, pelo exame clínico e pelos exames complementares deve ser efetuado utilizando-se a ficha médica do exame admissional. O resultado das provas funcionais e dos perfis biométricos deve ser anexado a essa ficha, a fim de permitir uma análise, por ocasião das avaliações futuras e dos exames periódicos de saúde.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Id.

<sup>32</sup> Id.

As informações relativas aos antecedentes das candidatas menores bem como aquelas do exame antropométrico, devem ser consignadas nas fichas apropriadas.

### **Crítérios para os Laudos Conclusivos**

Na conclusão do exame médico admissional, os resultados devem ser resumidos na informação relativa a candidatas: aptas, inaptas temporárias, aptas com restrição ou inaptas, ou simplesmente aptas ou inaptas.

### **Estabelecimento de Parâmetros Básicos**

Para cada função indicada, a candidata deverá atender basicamente a alguns parâmetros preestabelecidos, que servirão de roteiro para a realização do exame médico admissional.

A grande maioria das exigências é comum a todas as candidatas, independentemente da função que irão desempenhar; outras, todavia, são específicas e mesmo inabilitantes.

#### **2.3.2 Exame Médico Periódico**

Constitui o exame médico periódico atribuição do serviço de medicina do trabalho e, entre todas as suas atividades, representa papel importante.<sup>33</sup>

O mesmo autor cita que o exame médico periódico procura, previamente, detectar os desvios da saúde porventura existentes na população trabalhadora da

---

<sup>33</sup> Id.

empresa, antes mesmo do aparecimento das manifestações clínicas, e possibilitando a correção, em tempo hábil, de certas anormalidades até então despercebidas e desconhecidas do próprio trabalhador. É, portanto, essencialmente prevencionista. A par desse objetivo, é por intermédio do exame médico periódico que se mantém a vigilância das condições de saúde da mão-de-obra da empresa, principalmente de certas classes de trabalhadores (mulheres, jovens, trabalhadores expostos a riscos especiais e aqueles tidos como subnormais).

Dado o exposto, percebe-se a necessidade de que a saúde do efetivo trabalhador feminino deve ser vigiada periodicamente, por intermédio de exame médico periódico.

A metodologia aplicada nesses exames em nada difere daquela usada para o efetivo masculino, todavia certos aspectos devem ser enfatizados.

### **Periodicidade do Exame Médico Periódico**

Todo o efetivo feminino, sem distinção, deve ser submetido anualmente a exame médico periódico. As menores e aprendizes devem ser examinadas semestralmente, bem como todas as mulheres que desempenhem funções em áreas de alimentação (restaurantes e cozinhas

Para um bom andamento e para a obtenção de resultado satisfatório, o exame médico periódico deve ser previamente planejado e programado, a fim de atingir os objetivos desejados. Da mesma forma, deve-se estabelecer a metodologia que será aplicada, mormente se o contingente examinado exercer funções diversificadas.



Por essa metodologia ficarão estabelecidos quais os aspectos que devem ser enfatizados no exame clínico geral, como também os exames laboratoriais e radiológicos básicos que devem ser solicitados.

É indispensável o conhecimento prévio dessa programação pelos médicos envolvidos no exame médico periódico, assim como pelos responsáveis das áreas onde as trabalhadoras estiverem lotadas.<sup>34</sup>

### **Ficha Médica do Exame Periódico de Mulheres**

Os dados obtidos relativos ao exame médico periódico das mulheres devem ser registrados e, para tal, usa-se a ficha médica do exame periódico, cujo modelo proposto consta no capítulo genérico do exame médico periódico.

As reavaliações antropométricas e biométricas, que devem complementar o exame médico periódico das menores e das aprendizes, devem ser também anotadas, utilizando-se as fichas especiais para os exames antropométrico e biométrico apresentadas durante o estudo do exame médico admissional de menores.

### **Análise dos Resultados**

Obtidos os resultados do exame médico periódico, estes devem ser analisados e comparados entre si e com aqueles obtidos nas diferentes populações examinadas. Montados em um painel de saúde, esses resultados permitirão uma avaliação das condições de saúde de todo o efetivo feminino da empresa.

---

<sup>34</sup> Id.

Uma análise comparativa individual das fichas dos exames antropométrico e biométrico das operárias menores e aprendizes retratará o desenvolvimento físico e funcional desse contingente.<sup>35</sup>

### **Controle Periódico das Trabalhadoras Subnormais**

As trabalhadoras ou funcionárias adultas ou menores e as aprendizes portadoras de afecções ou deficiências físicas não incapacitantes exigem um controle médico mais freqüente.

Para melhor controle desses casos, pode-se utilizar a ficha de controle periódico dos subnormais. Merecem esse controle as diabéticas, as hipertensas, as portadoras de seqüelas de acidentes do trabalho ou não, as epiléticas, as cardíacas, as portadoras de deficiências audiovisuais etc.

### **Controle Médico da Trabalhadora Gestante**

É fato que a obstetrícia moderna não impede as gestantes de exercerem o seu trabalho habitual e cotidiano. Quando bem conscientizadas em relação à maternidade e psicologicamente equilibradas com o seu estado de gestação, não se notam alterações significativas na sua produtividade.<sup>36</sup>

Todavia, a sua adequação ao trabalho é imperiosa, procurando-se evitar os fatores pressupostos ou declarados como lesivos à gestante e, principalmente, ao produto concepcional.

Apesar da proteção legal prevista pela Consolidação das Leis do Trabalho, e que deve ser respeitada (arts. 391, 392, 394 e 395 - Seção V da CLT), mister se faz o impedimento, durante a gestação, de trabalhos que exijam a manipulação

---

<sup>35</sup> Id.

<sup>36</sup> Id.

ou o contato com certas drogas ou substâncias reconhecidamente prejudiciais ao feto (teratogênicas ou abortivas), como, por exemplo, certos hormônios, ou inseticidas, gases anestésicos, certos produtos farmacêuticos etc.

As operações que necessitam de esforço físico ou exigem o contato, mesmo que indireto, com substâncias tóxicas (fumos, gases, poeiras, aerodispersóides, fumaças) devem ser evitadas; da mesma forma, durante a gestação, deve-se determinar apenas o trabalho em turno diurno.

Portanto, salvo nas intercorrências, a gestante não deve ser afastada do trabalho. Todavia, por motivos óbvios, as mulheres que trabalham como manequins são afastadas; porém, mesmo gestantes, podem desfilarem para a moda da futura mãe. A simples mudança de setor de trabalho impediria o afastamento da gestante.

O afastamento da gestante deve ser determinado nas 4 semanas antes e 8 semanas após o parto, podendo, em casos excepcionais, ser prolongado por mais 2 semanas (art. 392 do Capítulo III - Seção V da CLT).

A par desses cuidados, a trabalhadora gestante deve ter um seguimento regular da sua gestação, por intermédio do exame pré-natal. O ideal é que o controle pré-natal seja efetuado no próprio serviço médico da empresa, preferencialmente por um pré-natalista. Na ausência deste, o pré-natal poderá ser realizado por um clínico com conhecimentos básicos de obstetrícia e da patologia obstétrica.

Várias são as vantagens que essa sistemática trará:

1) Controle mais rigoroso do pré-natal, permitindo às gestantes negligentes serem examinadas periodicamente;

2) Controle mais efetivo das gestantes idosas;

3) Adequação ao trabalho, em virtude do conhecimento e contato direto que o médico pré-natalista da empresa tem com as áreas de trabalho das trabalhadoras;

4) Diminuição do absentismo das gestantes, porquanto será desnecessário o afastamento do trabalho para as consultas do pré-natal.<sup>37</sup>

Na impossibilidade de o serviço médico da empresa efetuar ele próprio o pré-natal, competirá ao seu médico manter estreito relacionamento com as trabalhadoras gestantes, exigindo delas a apresentação de um relatório médico periódico, que deve ser fornecido pelos médicos (particulares, de entidades médicas ou da própria Previdência Social) que as assistam.

O concurso de uma enfermeira, ou auxiliar de enfermagem, nesse programa é indispensável, devendo a ela ser delegada toda a coordenação desse serviço.

Uma vez constituído o serviço de pré-natal, todas as gestantes devem ser cadastradas a partir do momento em que o diagnóstico de gravidez for confirmado.

Assim sendo, as gestantes serão acompanhadas até o fim do puerpério, quando reassumirão o trabalho.

Por ocasião do retorno ao trabalho, e antes mesmo do seu início, deve ser efetuada uma revisão para a avaliação das condições de saúde da gestante, adaptando-a ao trabalho quando necessário.

Iniciado o exame pré-natal, a gestante deve ser submetida a um exame clínico geral e a uma avaliação de suas condições gineco-obstétricas, que

---

<sup>37</sup> Id.

permitirá uma previsão quanto ao desenvolvimento da gravidez e do mecanismo do futuro parto.

Exames laboratoriais devem complementar essa avaliação preliminar, traduzindo-se pelos seguintes: hemograma completo, urina Tipo I com sedimento qualitativo e quantitativo, grupo sanguíneo, fator Rh, protoparasitológico, reação de Sabin Feldman para a toxo-plasmose e reação sorológica para lues (VDRL).

A seguir, por intermédio da enfermagem (enfermeira ou auxiliar de enfermagem), a gestante será orientada quanto à alimentação, à higiene, aos exercícios e aos hábitos que deverá respeitar durante a gestação.

Da mesma forma, a enfermagem organizará curtas palestras às gestantes, esclarecendo-as a respeito do mecanismo da gravidez e de sua evolução, do mecanismo do parto, dos cuidados no puerpério e de assuntos referentes à higiene e vestuário da criança e amamentação. Um programa de ginástica adequado poderá ser efetuado a grupos de gestantes. Iniciando-se a partir do 7º mês de gestação, esse programa objetiva induzir as gestantes ao parto normal (parto humanizado).

A periodicidade do controle médico pré-natal deve ser no mínimo mensal, sendo a gestante submetida fundamentalmente à determinação do peso, da pressão arterial, à ausculta cardíaca, à ausculta do foco fetal e à medida da altura uterina.

Mensalmente deve ser exigido um exame de urina tipo I e, naquelas portadoras de fator Rh negativo, a pesquisa das isoaglutininas anti-Rh é imperiosa a partir do 7º mês de gestação (teste de Coombs indireto).

Objetivando a imunização prévia do futuro ser contra o tétano neo-natal, deve-se administrar a vacina antitetânica (anatox tetânica) às gestantes a partir

do 5º mês de gestação, consistindo na aplicação de duas doses com intervalo não inferior a um mês entre elas. Tendo a gestante recebido anteriormente a vacinação básica tríplice, será aplicada apenas uma dose de reforço no 5º mês de gestação. Nas gravidezes subseqüentes, a dose de reforço só será aplicada caso tenha decorrido mais de 10 anos da última dose de reforço.

Devendo a gestante ser legalmente afastada do trabalho 4 semanas antes da data provável do parto, esses cuidados do pré-natal devem continuar e, para tal, deve-se fornecer àquela um relatório do qual constem todos os dados referentes à evolução da gestação, à data provável do parto, o resultado dos exames laboratoriais efetuados e das intercorrências porventura existentes. No verso desse relatório destinado às informações da maternidade deverão constar as condições do parto (parto normal, fórceps ou cesárea), do puerpério imediato, as condições de alta e da aplicação, quando indicada, da vacina anti-Rh.<sup>38</sup>

### **Exame Médico Especial para Trabalhadoras**

Registra-se na literatura que o exame especial é destinado a grupos específicos de trabalhadoras e efetuado esporadicamente, sem que haja uma programação ou uma periodicidade obrigatória. São submetidas a esse exame as ausentistas crônicas, as que se acidentam com freqüência e as que retornam ao trabalho após cessado o auxílio-doença (clínica ou cirúrgica). Da mesma forma, destina-se o exame médico especial aos casos de reavaliação clínica das aprendizes ou das estagiárias por ocasião da efetivação ou transferência de função.

---

<sup>38</sup> Id.

É ainda conveniente submeter todas as trabalhadoras a esse esquema, após 30 ou 40 dias das respectivas admissões, com a finalidade de reavaliar, reparar ou corrigir certas anormalidades ou exigências detectadas ou determinadas por ocasião do exame admissional.

Devem participar também desse controle médico especial aquelas trabalhadoras que desempenham atividades com solventes, tintas, colas, hormônios, praguicidas, anilinas, corantes etc. Esse controle deve ser trimestral e completado com exames laboratoriais específicos. O aparecimento de alterações nesses exames determina imediato afastamento do trabalho e um seguimento clínico e laboratorial mensal.

## **Exames Complementares e Provas Funcionais para o Exame Médico**

### **Periódico**

#### A) Exigências Básicas de Caráter Geral

##### 1. Facultativas

###### a) Exames Laboratoriais

- Hemograma completo
- Protoparasitológico
- Outros que considerar necessário

###### b) Exames Radiológicos

- Quando considerar necessário

##### 2. Obrigatórias

###### a) Exames Laboratoriais

- Triglicérides e colesterol total e frações para maiores de 40 anos

- Colpocitologia oncótica para mulheres maiores de 25 anos

b) Exames Radiológicos

- Radiografia do tórax a cada 2 anos

c) Provas Funcionais

- Acuidade visual
- Acuidade auditiva
- Eletrocardiograma para maiores de 40 anos..

B) Exigências Básicas de Caráter Específico

1. Obrigatórias

a) Exames Laboratoriais (repetidos a cada 6 meses; atividades insalubres)

b) Exames Radiológicos (repetidos anualmente)

- Telerradiografia dos pulmões para os trabalhadores expostos a agentes capazes de provocar lesão pulmonar (agentes insalubres constantes da NR – 15).

c) Provas Funcionais (repetidas semestralmente)

- Provas de função pulmonar para os trabalhadores expostos a agentes capazes de provocar lesão pulmonar.
- Acuidade auditiva para trabalhadores expostos ao ruído.

### 2.3.3 Exame Médico de Demissão

1. Deve ser efetuado até a data da homologação do desligamento dos trabalhadores, desde que o último controle médico tenha sido realizado:



- até 135 dias para os trabalhadores de empresas classificadas em grau de risco 1 e 2 no Quadro I de NR 4 e
- até 90 dias para os trabalhadores pertencentes a empresas classificadas em grau 3 e 4 do Quadro I da NR 4.

2. O exame médico de retorno ao trabalho deverá ser realizado desde que o trabalhador esteve afastado do trabalho por mais de 30 dias por doença, parte, acidente do trabalho ou não; e o

3. Exame médico para transferência de função, que é destinado somente aos trabalhadores transferidos para funções consideradas de risco.

Nesses casos sugere-se que o referido exame seja realizado 15 dias antes da efetivação da transferência.

Consta também no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO a periodicidade para a realização do exame médico periódico, cuja cronologia é a seguinte:

- Semestralmente para os trabalhadores em atividades insalubres ou perigosas;
- De 2 em 2 anos para os trabalhadores de faixa etária de 18
- a 45 anos;
- Anual para trabalhadores menores de 18 e maiores de 45 anos.

É citado que estes procedimentos são idênticos aos obedecidos pelo exame médico periódico, chamando atenção à existência de patologias ocupacionais

Em face de suspeitas, solicita-se os resultados do exame para avaliação médica. Nesta oportunidade o examinador emite o laudo conclusivo julgando ou não a necessidade de novas avaliações clínicas.

No caso de empregado do sexo feminino, sugere-se o teste de gravidez Beta HCG com o fim de evitar sanções legais por demissão de empregada grávida.

#### 2.3.4 Exame Médico de Retorno ao Trabalho

Consiste de um exame clínico geral com atenção às patologias que provocaram o afastamento do trabalhador(a), ou seja, doença profissional, do trabalho ou patologia comum. Emite-se o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) onde consta se o trabalhador(a) poderá ou não voltar ao trabalho.

#### 2.3.5 Exame Médico Para Transferência de Função

Obedece os mesmos procedimentos de um exame médico de admissão, enfocando as condições físicas e psíquicas do trabalhador(a) segundo sua função. Consta de exame clínico detalhado, exames complementares laboratoriais, radiológicos e de provas funcionais.

### 2.3.6 Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)

Após os exames admissionais e demissionais, de retorno ao trabalho e transferência de função, o médico examinador deverá emitir o seu laudo conclusivo por meio do ASO de acordo com o PCMSO.

No ASO deve constar o resultado dos exames subsidiários realizados, bem como os riscos possíveis de doenças.<sup>39</sup>

## 2.4 PROGRAMAS MÉDICOS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS

É fato que o conceito de saúde da mulher trabalhadora não pode ser limitado ao âmbito estritamente biológico, técnico e puramente organicista, devendo haver maior preocupação com atitudes prevencionistas e humanísticas capazes de preservar e melhorar a qualidade de vida e de trabalho das mulheres envolvidas no processo de trabalho.<sup>40</sup>

O efetivo controle médico da mão-de-obra feminina depende da freqüente revisão do estado de saúde e da implementação de programas compostos de atividades promocionais e procedimentos específicos de medicina preventiva.

Constata-se que a saúde ginecológica do trabalhador feminino necessita de um atendimento mais adequado, através da priorização de ações de prevenção e controle das doenças ginecológicas, objetivando a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à saúde e o autocuidado; fornecendo

---

<sup>39</sup> MARANO, op.cit., p.153-156.

<sup>40</sup> MARANO, op. cit., p.93-118.

elementos que permitam às trabalhadoras uma ação direta sobre as situações que as atinjam ou possam vir a atingir.

A fim de que se possa praticar uma assistência ginecológica o mais integral possível, é fundamental uma orientação psicossomática, abrangendo tanto o corpo quanto à mente. É necessária a fusão da ginecologia técnico-científica com as ciências do psiquismo em tudo aquilo que se refere à saúde da mulher.

O médico do trabalho deve seguir uma orientação multidisciplinar, instituindo parâmetros mínimos fundamentais para prestar uma assistência básica completa à mulher em tudo o que no seu corpo é caracteristicamente feminino, quanto também lhe oferecer orientação psicológica naqueles aspectos relativos à sua natureza e à sua constituição psicofísica.

Assim, a prioridade dos programas específicos deve assentar-se em termos preventivos, nas estratégias de modificação de estilos de vida perniciosos à saúde e na melhoria do ambiente de trabalho.

Desta forma, entre as estratégias que podem ser aplicadas, desponta a educação em saúde, responsável pela formação e desenvolvimento de um processo de consciência sanitária que se traduz pela responsabilidade e pela ação individual e coletiva, com um movimento contínuo de percepção, reflexão e ação.

A ação educativa em saúde deve também ser adotada como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde e com as reais condições de vida do trabalhador do sexo feminino.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Id.

### 2.4.1 Planejamento Familiar

Fazer da maternidade e da paternidade um ato consciente de escolha é um direito fundamental de todo ser humano. Isto faz parte de exercício pleno de cidadania. Todo nascimento deveria ser desejado e toda criança deveria ser bem-vinda, amada e nutrida por pais capazes de satisfazer suas necessidades. Na realidade atual, muitos nascimentos são indesejados, com conseqüências negativas para a criança, a família e a sociedade.<sup>42</sup>

Os cuidados com a gestação têm sido um dos mais constantes sonhos da humanidade, desde os primórdios de sua história. Os primitivos métodos eram rudimentares e de muito baixa eficácia, como o coito interrompido, citado na Bíblia, e a aplicação vaginal de pastas com pretensões espermicidas, citadas em papiros egípcios. Somente nas últimas décadas, com a aquisição de conhecimentos sobre a fisiologia da reprodução, tem sido possível interferir no processo com grande eficiência, embora ainda estejamos longe de conseguir o método ideal e cem por cento eficaz.

Apesar disso, o planejamento familiar é uma questão muito polêmica e complexa, por envolver áreas tão variadas quanto sexualidade, emoções, costumes, tradição, religião e política governamental. O seu objetivo maior deveria ser a preparação adequada para a maternidade e a paternidade, de maneira consciente e digna, proporcionando ao casal a escolha do número de filhos e do momento mais adequado para tê-los. A participação masculina na anticoncepção é muito baixa no Brasil, sendo a anticoncepção do casal de responsabilidade, praticamente, da mulher.

---

<sup>42</sup> FREITAS, F. **Rotinas em ginecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.136-147.

Entre os motivos para o aumento da procura de métodos anticoncepcionais por parte das mulheres, destaca-se o crescente papel da mulher na família e no trabalho, assim como as dificuldades materiais enfrentadas pela maioria da população urbana.

Dado o exposto, o planejamento familiar exerce um profundo impacto na saúde da mulher e da criança, na medida que possibilita um espaçamento adequado entre os nascimentos, mantém o tamanho da família dentro de limites desejáveis e evita gestações em períodos que não são próprios. Além disso, deve oferecer ao maior número de pessoas possível, informações e orientações quanto aos métodos legalmente reconhecidos no meio, de modo que a mulher ou o casal possam escolher conscientemente um deles.

O profissional de saúde deve discutir de maneira ampla as vantagens e limitações de cada método anticoncepcional disponível levando em consideração aspectos particulares de cada mulher, tais como idade, peso e problemas de saúde, além das condições e do estilo da vida. É importante ressaltar que a eficácia dos métodos depende da maneira como eles são usados, da fertilidade da mulher e da frequência das relações sexuais.

Os métodos de anticoncepção podem ser classificados da seguinte maneira :

- Métodos naturais: coito interrompido, ducha pós-coital , prolongamento da amamentação e abstinência periódica ou ritmo.
- Métodos de barreira: condom, diafragma e espermicida.
- Métodos hormonais: anticoncepcionais oral e parenteral.
- Dispositivo intra-uterino ( DIU ).
- Esterilização feminina.

- Esterilização masculina.

#### 2.4.2 Amamentação

A despeito do avanço tecnológico na indústria de alimentos, permanece o leite materno como alimento infantil mais adequado.<sup>43</sup>

O aleitamento materno apresenta inúmeras vantagens. As crianças alimentadas ao seio materno adoecem com muito menos frequência que as demais, conseqüentemente, com bem menos necessidade de hospitalizações.

Crianças amamentadas exclusivamente ao seio não entram em contato com proteínas estranhas, ao mesmo tempo em que recebem proteção através das imunoglobulinas, que apresentam atividade de anticorpo contra diversos microorganismos.

Observando-se do ponto de vista nutricional, o leite materno é o ideal para a criança, uma vez que contém todos os elementos essenciais ao seu desenvolvimento. Além disso, é mais barato e proporciona excelente integração psicológica entre a mãe e a criança, com influência nos aspectos emocional e intelectual.

Amamentar é prático, visto que o leite está pronto a qualquer hora e lugar, na composição e temperatura ideais para a criança, sem o risco de estar deteriorado ou contaminado.

Apesar das inúmeras vantagens, tem havido um declínio do aleitamento ao seio. Entre os fatores que dificultam a amamentação, pode-se citar:

---

<sup>43</sup> FREITAS, op. cit., p.137.

- A falta de orientação das mães no pré-natal e pós-parto imediatos.
- A separação entre a criança e a mãe, durante a hospitalização para o parto.
- O despreparo e a falta de motivação dos profissionais de saúde que atendem a criança nos seus primeiros meses de vida, com relação à promoção do aleitamento materno.
- A falta de uma pessoa que ajude a mãe, em casa, nos primeiros meses após o parto.
- O trabalho da mãe fora do lar.
- Certas condições da mama, tais como mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, fissuras e mastites.<sup>44</sup>

As mulheres devem ser conscientizadas para a prática da amamentação exclusiva até 4 a 6 meses de vida da criança e para que continuem a amamentar por dois anos ou mais.

A fim de viabilizar os programas de aleitamento materno devem ser implementados os benefícios trabalhistas auferidos pela legislação. As leis criadas para a proteção e a preservação do ato de amamentar têm se preocupado em resguardar a força de trabalho, tentando reduzir a distância entre os direitos e a satisfação das necessidades da mão-de-obra feminina. A preocupação é estabelecer uma legislação que ofereça às mulheres trabalhadoras, oportunidades de amamentar seus filhos, sem prejuízo de qualquer natureza.

Baseado nas leis de proteção ao aleitamento materno, atualmente em vigor no Brasil, poder-se-ia esperar que as indústrias com mais de 30 mulheres maiores de 16 anos tivessem creche própria ou convênio, e que isto possibilitasse às

---

<sup>44</sup> Id.



trabalhadoras deixarem seus filhos sob guarda nessas instituições durante o período de amamentação. Entretanto percebe-se que na prática, muito pouco, se tem cumprido o que determinam as leis. Todavia algumas empresas preocupadas em conservar sua mão-de-obra feminina qualificada, começam a incorporar as creches aos benefícios oferecidos às suas funcionárias.

Observa-se que o trabalho da mãe fora do lar influencia decisivamente na escolha do método de alimentação infantil, início da mamadeira ou fim da amamentação. Para melhor conciliar amamentação e trabalho feminino existe a necessidade de compartilhar mais amplamente o trabalho doméstico, mudar as práticas obstétricas para que beneficiem mais a amamentação, distribuir suplemento alimentar entre os membros da família para assegurar que as lactantes se alimentem adequadamente, bem como fazer cumprir as leis trabalhistas que beneficiam o aleitamento materno – incluindo licença-maternidade e seus benefícios, pausas para amamentar e serviços razoáveis de creche.

É fundamental, que o leite materno como alimento biológico, natural, barato, nutritivo, protetor, simples na sua técnica de administração, dificilmente contaminável, favorecedor do estabelecimento de trocas do binômio mãe-filho, seja parte integrante, prioritária, de quaisquer planos ou projetos de assistência à mulher trabalhadora, que tenham por finalidade a melhoria econômica, social e sanitária da família.<sup>45</sup>

#### 2.4.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis – D.S.T.

---

<sup>45</sup> Id., *Ibid.*, p.147.

É citado que, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são doenças infecto-contagiosas cujo principal modo de transmissão é o contágio direto através do ato sexual. Os microorganismos causadores das DST estão de tal forma adaptados aos órgãos genitais humanos, que outros modos de transmissão são raros. Na maior parte das vezes, os fatores responsáveis pelo estabelecimento da doença estão ligados ao germe agressor. Mas há ocasiões, por exemplo em alguns dos corrimentos vaginais e no herpes simples genital, em que os fatores ligados às defesas do organismo são de grande importância no surgimento da doença. Algumas destas infecções são importantes do ponto de vista reprodutivo (infecção pelo Mycoplasmas, Gonococos e Chlamydia que são capazes de evoluir para uma DIP), oncológico (HIV de alto risco) e epidemiológico (AIDS).<sup>46</sup>

Denominadas até há alguns anos de "Doenças Venéreas", as DSTs justificam seu novo nome pelas novas manifestações clínicas, pelas novas doenças surgidas, pelo interesse multidisciplinar desencadeado e pela contribuição na diminuição dos tabus que cercavam a denominação antiga.

Com o surgimento da infecção pelo HIV, as doenças sexualmente transmissíveis tomaram uma nova importância, principalmente sabendo-se que há uma estreita relação entre a ocorrência de DST e a incidência de infecção pelo HIV. Estima-se que a presença de uma lesão no trato genital aumenta de três a dez vezes a possibilidade de infecção pelo HIV.

Desta forma, o papel das DSTs é de grande importância no quadro dos agravos que atingem a espécie humana. Sua incidência é alta. Embora, com

---

<sup>46</sup> FREITAS, op. cit., p.85-102.

algumas exceções, não sejam mortais, são afecções que com freqüência levam a complicações. Atingem uma faixa etária jovem, tendo ressonância na esfera psíquica e o impacto econômico que causam, tanto pelas horas de trabalho perdidas quanto pelos gastos que o manejo de seu tratamento acarreta, é de grande repercussão.

Uma vez que o único meio de transmissão de importância epidemiológica é o ato sexual, a chance de alguém contrair ou transmitir uma DST é tanto maior quanto maior for a variação de parceria sexual, que é influenciada, principalmente, por: fatores sócio-econômicos (industrialização, migração rural-urbana) que levam às grandes aglomerações urbanas, início precoce de atividade sexual, comportamento sexual igual para ambos os sexos, maior uso de meios anticoncepcionais, homossexualismo aceito socialmente, menor preconceito atual, relativo ao sexo, do que há anos atrás.

Diante dessa situação, faz-se necessário uma abordagem crítica e educativa, principalmente junto aos grupos mais expostos, para identificar os fatores de risco que estão contribuindo para a ocorrência do problema.

Relacionam-se a seguir as doenças sexualmente transmissíveis mais freqüentes, objetivando desenvolver programas que visem a prevenção destas doenças.

### **1. Sífilis**

O mesmo autor supra citado revela que esta é uma doença infecto-contagiosa cutânea e visceral causada pelo *Treponema pallidum* cujo período de incubação varia de 10-90 dias (média de 21 dias). Pode ser transmitido através do contato sexual, sangue ou via transplacentária.

A Sífilis é classificada em RECENTE (PRIMÁRIA e SECUNDÁRIA), TARDIA (LATENTE e TERCIÁRIA), GESTACIONAL E CONGÊNITA (PRECOCE e TARDIA).

A Sífilis Primária ou Cancro duro se caracteriza pela presença de uma úlcera indolor, endurecida, circular, geralmente única com fundo liso e limpo e bordos infiltrados. A Sífilis Secundária se caracteriza pelas Roséolas (pápulas ou lesões planas eritematosas) e Sifíides (lesões pápulo-erosivas, pustulosas e hipertróficas).

Na Sífilis Latente tem-se ausência de sinais e sintomas com sorologia positiva (pode ser Recente se tiver menos de 1 ano de evolução ou Tardia se mais de 1 ano ou tempo indeterminado). As manifestações da Sífilis Terciária são mais tardias e raras decorrentes de complexos imunológicos atingindo principalmente a pele (gomas cutâneas), aparelho cardiovascular e SNC.

O diagnóstico pode ser realizado através do exame de Campo Escuro com identificação do *Treponema* em lesões ativas (cancro duro, condiloma plano, sifíides e sífilis congênita precoce). O VDRL se torna positivo 30-50 dias após a inoculação. É utilizado em todos os casos, exceto Sífilis Primária. Na suspeita clínica de Sífilis, solicita-se um VDRL quantitativo (diluição mínima de 1:16 para evitar o falso negativo pelo efeito prozona). Caso seja positivo, a confirmação do diagnóstico pode ser feita com o FTA-abs.

## **2. Gonococcia**

Esta é uma infecção genital e extragenital (endocardite, peri-hepatite, artrite, etc) causada pela *Neisseria gonorrhoeae* com período de incubação de 4-7 dias no homem e variável na mulher.

Em 60-80% dos casos é assintomática, podendo se manifestar com secreção endocervical muco-purulenta, dispaurenia, dor pélvica e sintomas urinários que se não tratada pode evoluir para DIP.

O diagnóstico na mulher é realizado através da Cultura da secreção endocervical em meio de Thayer-Martin, New York City ou Martin Lewis.

### **3. Linfogranuloma Venéreo**

Infecção genital e linfática crônica causada pela *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3) com um período de incubação de 7-21 dias.

Clinicamente se caracteriza por 3 fases evolutivas distintas, sendo a primeira o ponto de inoculação, desapercibido ou identificado como pequena úlcera ou pápula indolor, precoce e fuzaz. Na segunda fase ocorre invasão dos vasos linfáticos e comprometimento linfonodal regional (Linfadenite Inguinal Crônica) que abcedam, supuram ou fistulizam. A terceira fase instala-se gradualmente após alguns meses de supuração com áreas de fibrose, abscesso e fístula levando à elefantíase e estenose.

O diagnóstico pode ser realizado através do Gram (inclusões intracelulares na lesão ou bubão), Cultura, Imunofluorescência Direta (secreção) e Indireta (plasma, sendo considerada positiva quando a IgM  $\geq$  1:6 e IgG  $\geq$  1:64 e PCR (rápido, sensível e específico).

### **4. Chlamydia trachomatis**

A infecção genital pela *Chlamydia trachomatis* sorotipos D a K se manifesta principalmente na forma de uma endocervicite, endometrite ou DIP.

A endocervicite é a infecção mais comum, geralmente assintomática, podendo se manifestar como um ectopia hipertrófica folicular perioficial com secreção muco-purulenta endocervical. Pode progredir para uma endometrite (sangramento irregular) ou DIP (dor abdominal, febre, irritação peritonial).

O diagnóstico pelo Papanicolau (Células de Gupta) tem baixa sensibilidade e é comum os falso-positivos. A imunofluorescência Direta detecta anticorpos na secreção e tem sensibilidade de 60-90% e especificidade de 98%. A Imunofluorescência Indireta faz diagnóstico da infecção sistêmica pela Chlamydia a PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) tem sensibilidade e especificidade próximas de 100% e é um exame que pode ser realizado em qualquer secreção, sendo o mais utilizado no meio.

## **5. Donovanose**

Ainda a mesma fonte revela que a Donovanose é uma infecção genital, perigenital, extra-genital e sistêmica de evolução crônica e progressiva causada pelo *Calymmatobacterium granulomatis*, cujo período de incubação varia de 3 dias a 6 meses (média 40-50 dias).

A doença inicia com uma lesão nodular, única ou múltipla que ulcera lentamente. São Lesões indolores, auto-inoculáveis, que podem ter uma evolução vegetante, ulcerosa ou elefantíásica com aspecto de lesão cárnea extensa e sangrante.

O diagnóstico é realizado através do Esfregaço de “inprint” de material fixado com álcool metílico e corado pelo Giemsa ou Wright ou através da Biópsia.

## **6. Mycoplasmas**

O *Mycoplasma hominis* e o *Ureaplasma urealyticum* são bactérias gram negativas parasitas de superfície da mucosa urogenital. Causam principalmente uretrite, cervicite, DIP e infecção puerperal, mas podem ser encontradas na flora normal.

O quadro clínico não apresenta característica específica. Passa despercebido com freqüência na cervicite e uretrite e os sintomas na DIP são comuns aos outros agentes.

O diagnóstico é realizado fundamentalmente pela Cultura com Titulação (tratar valor superior ou igual a  $10^3$  UCC/ml. O método de ELISA pode ser utilizado para *screening*, porém não é definitivo pois é apenas qualitativo.

## **7. Herpes Simples**

O HSV 1 e 2 são vírus DNA que causam infecção mucocutânea em qualquer parte do corpo. A recidiva é mais freqüente para o HSV 2 (80%) que para o HSV 1 (50%).

O episódio inicial do herpes genital é mais intenso nas mulheres e após 3-7 dias de contágio aparecem lesões bilaterais e múltiplas, cor local importante. linfadenopatia inguinal, sintomas urinários, podendo ocorrer disseminação cutânea e visceral (fígado, pulmão. Meninges).

As recidivas são geralmente precedidas por pródromos como parestesia. dor nas nádegas, prurido ou dor local. Após aparecem as vesículas que evoluem para pústola, úlcera e crosta. Os fatores desencadeantes das recidivas geralmente são o trauma mecânico, tensão emocional, doença sistêmica. alteração imune, menstruação, febre, exposição ao sol ou frio intenso, fadiga e stress.

O diagnóstico geralmente é Clínico, podendo ser auxiliado pela Colposcopia (visualização das lesões), Citologia (células gigantes multinucleadas), Imunofluorescência Direta (método simples que identifica os sorotipos 1 e 2). A Cultura ainda não está disponível no meio.

## **8. Papilomavírus Humano**

Mais de 75 sorotipos diferentes de HPV são conhecidos, sendo que cerca de 24 infectam o trato genital. É um vírus DNA com período de incubação extremamente variável, indo de 2 semanas a anos (média de 3 meses).

Para o trato genital inferior tem importância os seguintes grupos virais:

- Baixo Risco: 6, 11, 42, 43, 44
- Risco Intermediário: 30, 34, 40, 57
- Alto Risco: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56
- Risco Indeterminado: 53, 54, 55, 58

As formas de apresentação da infecção são classificadas em Clínica (diagnóstico a olho nu), Subclínica (diagnóstico pela colposcopia e cito/histologia) e Latente (diagnóstico apenas por técnicas de Hibridização do DNA viral).

As lesões Clínicas são representadas principalmente pelo Condiloma Acuminado, Papulose Bowenóide e Tumor de Buschke-Loewenstein. As lesões Subclínicas pela lesões Micropapilares, Micropapulares, Espiculares, Maculares, Mosaico e Leucoplasia.

O diagnóstico pode ser confirmado pela Citologia, Histologia, Imunocito/histoquímica e Hibridização Molecular (Southern-blot, Northern-blot, Dot-blot, "in situ", PCR e Captura Híbrida). Atualmente a Captura Híbrida tem tomado



destaque pela sua rapidez (6 horas), detecção do grupo de Alto e Baixo Risco e Carga viral (agressividade).

## 9. AIDS

A AIDS é a manifestação final e mais grave da infecção pelo HIV, caracterizada pelas doenças associadas à imunodeficiência celular (oportunistas e tumoral), com período de incubação bastante variável, podendo ser de 20 dias a 10 anos.

A transmissão pode ocorrer através do sangue, sêmen, secreção vaginal, leite materno, órgãos e tecidos.

A infecção pelo HIV se classifica em 4 grupos distintos:

I: Infecção Aguda (febre, astralgia, linfadenopatia)

II: Infecção Assintomática (maioria dos casos, alta transmissão)

III: Linfadenopatia Generalizada Persistente (adenomegalias)

IV: AIDS (dividida em 5 grupos)

- a) Doença Constitucional ou ARC
- b) Doença Neurológica
- c) Infecções Oportunistas
- d) Neoplasias Malignas Secundárias
- e) Outras Manifestações

O diagnóstico se faz com 2 exames ELISA positivo, confirmado pelo Western-Blot ou Imuno-Blot. Geralmente encontra-se leucopenia com linfopenia,  $CD4 < 300/mm^3$ ,  $CD4/CD8 < 1$  e diminuição ou supressão da resposta de

Hipersensibilidade tardia (PPD, Candidina, Esporotriquina, Tricofitina, Varidase, DNCB).<sup>47</sup>

#### 2.4.4 Carcinoma de Colo

##### **1) Generalidades**

É o carcinoma ginecológico mais freqüente no Brasil (65% do total). Cerca de 2: 100 mulheres terão esta neoplasia antes dos 80 anos, sendo que 95% poderiam ser curadas se o diagnóstico fosse precoce. Geralmente, acomete mulheres jovens (30-54 anos), de baixo nível sócio econômico, na fase mais produtiva da vida, agravando problemas sociais e familiares preexistentes. A maior incidência da moléstia em locais mais pobres, justifica o maior número de casos nos Estados do Norte e Nordeste do país.<sup>48</sup>

O conhecimento do perfil de risco das mulheres predispostas ao carcinoma cérvico-uterino é de fundamental importância para a instituição de atividades educativas e de meios de detecção e de prevenção, visando diminuir sua incidência ou detectar precocemente a neoplasia, diminuindo a mortalidade.

Além do baixo nível sócio-econômico, a patologia cervical está estreitamente relacionada com o início precoce da atividade sexual (menor de 15 anos), multiplicidade de parceiros (ambos os sexos) e história de doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo de infecções por papiloma vírus humano (HPV) e vírus herpes tipo 2. Outros fatores de risco incluem o tabagismo,

---

<sup>47</sup> Id.

<sup>48</sup> FREITAS, op.cit., p.206-214.

hipovitaminose A, multiparidade, imunodepressão e imunossupressão, higiene genital deficiente e infreqüência de exames ginecológicos.

Ações clínicas de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino são extremamente importantes e visam evitar ou remover os fatores de risco, além do diagnóstico precoce através de rastreamento clínico de lesões precoces, sejam pré-malignas ou malignas. Tais programas são fundamentais para alterar o perfil de morbimortalidade da doença.

## **2 ) Clínica**

O quadro clínico depende do estadiamento, podendo ser assintomático ou se manifestar com sangramento irregular, sinusiorragia, secreção vaginal fétida, dor no baixo ventre, hematúria, enterorragia e outros sintomas.

## **3) Diagnóstico**

O exame ginecológico é fundamental no diagnóstico. Outros exames incluem a citologia, colposcopia e histologia. O método mais disponível é a Citologia Oncótica, que não estabelece diagnóstico definitivo, mas determina as condutas de controle, seguimento e tratamento. O índice de falso-negativo da Colpocitologia Oncótica é cerca de 10-15% em mulheres com carcinoma invasor, devido principalmente a hemorragia, necrose e inflamação intensa. Está localizado na zona de transformação (terceira mucosa) em 85% dos casos. Atualmente, cerca de 70% são carcinomas epidermóides, aproximadamente 15% são adenocarcinomas e cerca de 8-10% adenoescamosos.

## **4) Exames Complementares**

A avaliação complementar para estadiamento e tratamento incluem o hemograma , plaquetas, glicemia, creatinina, parcial de urina com urocultura,

avaliação abdominal (USG,TC, RNM), urografia excretora, cistoscopia, retossigmoidoscopia, radiografia de tórax e eletrocardiograma.

#### 2.4.5 Carcinoma de Mama

##### **a) Generalidades.**

O Câncer de mama é prevalente em países desenvolvidos e em lugares mais ricos do Brasil (regiões sudeste-sul), representando, nestes casos, a maior causa de morte por neoplasia entre mulheres.<sup>49</sup>

Indubitavelmente, pela freqüência e morbiletalidade, constitui afecção altamente preocupante, já que determina alta incidência de morte. Tal neoplasia acompanha-se também de fatores psicológicos extremamente importantes, pois envolve órgão feminino extremamente delicado, símbolo de feminilidade e beleza.

Aproximadamente 10% da população feminina pode ser considerada de alto risco para câncer de mama. A faixa etária de acometimento situa-se preferentemente entre 41 e 50 anos, não obstante, pode ocorrer em qualquer idade após 20 anos. O fator epidemiológico mais característico é o antecedente familiar (especialmente mãe e irmã).

Antecedentes menstruais e/ou reprodutores podem alterar o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama. Este risco é quase duas vezes maior em mulheres que menstruam pela primeira vez antes dos 16 anos. Da mesma maneira, quanto mais tarde surgir a menopausa, tanto maior o risco calculado. Quanto à paridade, sabe-se que a incidência da doença é mais elevada nas

---

<sup>49</sup> FREITAS, op.cit., p.241-256.

nuligestas e nulíparas, e em mulheres cuja primeira gravidez ocorreu depois dos 28 anos. Estes fatores de risco estão relacionados com o estado endócrino da paciente, mais especificamente com os níveis circulantes de "estrogênio disponível". Dietas ricas em gorduras também podem estar relacionadas com a incidência aumentada de câncer de mama.

Atenção especial deve ser dada para o fato de que o câncer de mama às vezes surpreende. Ele geralmente ocorre em uma mama, mas pode afetar as duas simultaneamente ou em tempos diferentes. Pode ocorrer durante a gravidez e período de lactação e se manifestar mimetizando ou acompanhando uma infecção. Portanto, sintomas nas mamas devem ser bem investigados e valorizados durante a gravidez e a lactação.

Estes dados, combinados com o fato de que a expectativa de vida da mulher está aumentando, causando um aumento significativo de pessoas idosas e, em consequência, do número de casos de câncer de mama, alertam para a necessidade de programas especiais que incluam a identificação de grupos de alto risco e o ensino de técnicas de auto-exame das mamas, visando ao diagnóstico precoce.

#### **b) Clínica**

Cita-se que o sintoma clássico é a presença de um nódulo indolor, geralmente de consistência endurecida, contornos irregulares, de crescimento constante, na maioria das vezes descoberto ao acaso. Outros achados comuns são a assimetria da mama com retração cutânea ou da papila, endurecimentos e alterações de contorno. Dor mamária, derrame papilar e sinais inflamatórios estão menos relacionados com a presença de carcinoma, enquanto ulcerações, edema, infiltração e nódulos cutâneos satélites constituem sinais de doença avançada. Na

presença de metástases à distância, a queixa depende da localização. Dor contínua e de forte intensidade nas regiões lombo-sacra, cervical e membros inferiores sugere metástase óssea.

No carcinoma inflamatório associa-se eritema e edema da pele.

O carcinoma de Paget é caracterizado por ulceração de mamilo, sendo o prurido na região do complexo aréolo-mamilar, um sintoma precoce.

### **c) Diagnóstico**

O diagnóstico precoce do câncer de mama pode prolongar a sobrevivência dos pacientes, diminuindo a mortalidade em 30%. O ideal seria a descoberta de tumores de no máximo um centímetro de diâmetro.

O exame físico minucioso da mama é fundamental para fazer a diferenciação de tecido mamário normal com nódulos anormais.

A mamografia vem se constituindo há anos exame subsidiário de valia, conseguindo detectar lesões de câncer mínimo da mama, propiciando uma melhora do prognóstico. A norma internacional recomenda uma mamografia de base para comparações futuras em mulheres entre 35 e 40 anos; uma a cada dois anos entre 40 e 50 anos, e uma anualmente depois dos 50 anos.

A ultra-sonografia é um exame em geral complementar da mamografia. Ambos associados aumentam a sensibilidade para diagnosticar nódulos que podem passar despercebidos em mamas densas.

O diagnóstico do câncer de mama é histológico, podendo ser por biópsia excisional, incisional ou por retirada de fragmentos da área suspeita.

### **d) Exames Complementares**

Propedêutica subsidiária fundamental, pois o câncer de mama, ao contrário das neoplasias do colo, é essencialmente sistêmico, metastisando-se a distância em ossos, pulmões, fígado e ovários.

Em muitos casos é necessário a avaliação de enzimas hepáticas, sobretudo a fosfatase alcalina; além de radiografia de tórax, cintilografia óssea e ultra-sonografia hepática, abdominal e pélvica .

#### **e) Auto-Exame das Mamas (AEM)**

O auto-exame da mama, quando feito de maneira correta é de extrema importância, pois leva a mulher a procurar auxílio médico precocemente, caso encontre alguma alteração.

Cerca de 90% dos nódulos de mamas são encontrados pela própria paciente. Portanto, parece óbvio que as mulheres sejam motivadas a examinar e detectar alterações significativas. O uso de panfletos explicativos e cartazes não é suficiente para induzir uma nova atitude das mulheres em relação às suas mamas, sendo necessário discussões, demonstrações e prática guiada. A melhor abordagem é aquela do ensinamento prático, usando terminologia apropriada, que ressalva a necessidade de efetuar o auto-exame de modo regular, cuidadoso e completo.

O auto-exame deve ser feito uma vez por mês. As mulheres em idade fértil devem efetuá-lo uma semana após o início da menstruação (mamas menos sensíveis); as outras, no mesmo dia, todos os meses.

Os sinais alarmantes na inspeção são assimetria, veias evidentes de um só lado, discromias, pele em casca de laranja, depressões e retrações da papila, presença de crosta ou lesões na pele.

As mamas devem ser examinadas uma a uma, usando a palma e os dedos da mão contrária, movendo-os em sentido circular, da periferia para o centro. É necessária particular atenção ao quadrante súpero-externo já que 50% das neoplasias aí se localizam. Examina-se, então, as regiões axilares e claviculares em busca de nódulos (adenopatias). Os sinais alarmantes da palpação são qualquer nódulo, nodularidade, zona de espessamento ou dor unilateral em região mamária ou axilar, qualquer mudança de dimensões, estrutura ou forma em relação a auto-exames anteriores.

Por sua importância o auto-exame das mamas deve ser altamente discutido ensinado e divulgado pelos profissionais de saúde.

## 2.5 PROGRAMAS MÉDICOS PREVENTIVOS ESPECIAIS

Independentemente de obrigações legais, deve o médico do trabalho contemplar em seus programas de atividades, além das comumente e ilusoriamente consideradas como as únicas (exames médicos admissionais, periódicos e de demissão). Há outras, que para muitos, não pertenceriam ao espectro de ação da Medicina Ocupacional.<sup>50</sup>

Tais programas devem ser elaborados e implementados pela Medicina do Trabalho da empresa de tal forma que possam atingir toda a população trabalhadora sob sua responsabilidade, procurando projetar as informações neles contidas para as famílias desses mesmos trabalhadores, usando para tal todos os meios disponíveis, assim como todos os meios didáticos e de comunicação e

---

<sup>50</sup> MARANO, op.cit., p.200.



informação (boletins informativos, revistas, *folders*, jornais de circulação interna etc.) existentes na empresa ou que possam ser criados.

### 2.5.1 Alcoolismo

A literatura revela que o alcoolismo ou doença do alcoolismo é uma doença primária provocada pela ingestão do álcool (etanol), substância psicoativa de caráter progressivo e hereditário.

Estima-se que 50% de filhos de alcoólatras são alcoólatras.<sup>51</sup>

Sua ação se faz sentir sobre o sistema nervoso central aumentando a oferta de serotonina e, logo a seguir, a sua depleção.

Sabe-se que 10% da população é induzida à ingestão de bebida alcoólica, em virtude da formação endógena de cerebrina que, agindo sobre o hipotálamo (centro do prazer) libera uma sensação de bem estar.

Entre aspectos notados entre os alcoolistas o mais significativo é o da tolerância, ou seja, uma resistência adquirida aos efeitos do etanol, que poderia ser explicado por estar relacionado ao ácido Gamaamino Butírico (GABA), que é um neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central.

Por outra parte, e de acordo com a tolerância seria devida à intertelação entre a norepinefrina, os receptores beta adrenérgicos e a adenociclastase. A ingestão do etanol pode levar à dependência, cujo curso na fase inicial a pessoa manifesta aos poucos maior tolerância, melhor desempenho e adaptação. Em um intervalo aproximadamente de 8 anos, inicia-se a fase intermediária, na qual

---

<sup>51</sup> VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1998.

manifesta-se dependência física (síndrome de abstinência), perda de controle e verdadeira obsessão pela bebida. Nesta oportunidade, a pessoa já começa a demonstrar mudança de personalidade, tentativas de fugas geográficas, sentimento de culpa e passa a isolar-se. Com freqüência instala-se perda de memória (*black-outs*) e do apetite. Torna-se negligente e indiferente à comida. Surge impotência sexual e a sua situação de trabalho na empresa se agrava (comportamento, relacionamento com a chefia e colegas e absentismo).

Neste estágio da doença dois caminhos a pessoa tenta seguir; um deles é procurar ajudar-se, manifestando desejo de tratamento.

Na prática, apenas 1% dos alcoolistas segue esse caminho. Nesta oportunidade, renascem os seus ideais, iniciando a raciocinar com clareza, reconhecendo que é portador de uma doença que poderá ser curada. É a fase de recuperação.

Pelo contrário, e pelo outro caminho nota-se uma queda na tolerância, bastando pois pequena quantidade de bebida para transtorná-lo, expondo-se a graves acidentes, inclinação ao suicídio e homicídio, encaminhando-se inexoravelmente para a morte por complicações orgânicas e funcionais.

É conhecida a fisiopatologia do álcool, ou seja, que ao chegar no estômago sua absorção é rápida e intensa, promovendo uma falsa impressão de se estar alimentado. Ao passar para o intestino permanece inalterado, porém no sangue, através da veia porta se encaminha para o fígado onde, após um processo de oxidação, é levado aos tecidos e fluidos por meio da veia hepática e veia cava. No fígado lesa os hepatócitos, terminando pela cirrose hepática. Cerca de 80% a 95% é oxidado, sendo eliminado pelos pulmões e rins.

O restante é eliminado pelo suor, lágrima, bile, esperma e pelo leite materno. Os sintomas dependem, particularmente, de sua concentração no sangue. A tabela, a seguir, esclarece o quadro sintomatológico.

CONCENTRAÇÃO ALCOÓLICA GRAMAS/LITRO DE SANGUE	SINTOMAS
0.60 – 0.80	Embriaguez ligeira Diminuição do controle motor.
0.80 – 1.00	Diminuição da compreensão Diminuição das respostas Ligeira incoordenação motora.
1.00 – 1.50	Embriaguez Entorpecimento.
1.50 – 2.00	Embriaguez acentuada Distúrbios psicossomáticos evidentes.

Fácil é o diagnóstico da embriaguez no estado típico, porém, difícil nos estados subclínicos (comuns entre os trabalhadores e motoristas). Nestes casos, impõe-se a realização de exames complementares, ou seja, a alcoolemia. O teste pelo bafômetro somente é legalmente permissível para fins diagnósticos.

Com finalidade diagnóstica dois são os critérios usados por VIEIRA (1998, p. 616), porém, ambos com base nos gramas de álcool por litro de sangue.

#### **a - de Roge Douris**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| • Menor de 1.0 g//sangue | Embriaguez leve                                  |
| • De 1.1 a 1.5 g//sangue | Embriaguez somente confirmada pelo exame clínico |
| • De 1.6 a 3.0 g//sangue | Embriaguez confirmada                            |
| • Maior que 3.0          | Embriaguez completa                              |

#### **b - da CONTRAN**

- |                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| • De 0.80 a 1.20 g/l/sangue  | Embriaguez leve       |
| • De 1.25 a 1.75 g/l/sangue  | Embriaguez            |
| • De 1.80 a 3.00 g/l/sangue  | Embriaguez completa   |
| • De 3.00- a 5.00 g/l/sangue | Embriaguez profunda   |
| • Maior de 5.00 g/l/sangue   | Intoxicação alcoólica |

### 2.5.1.1 O alcoolismo e o tratamento

O tratamento do alcoolismo tem relação com o setor de saúde de cada país industrializado, e conseqüentemente trata-se de um dos problemas graves e de difícil solução nestes.

No Brasil, estima-se que existem cerca de 14 milhões de alcoolistas, o que representa praticamente 10% da população brasileira acima de 15 anos de idade. Como conseqüência, revela-se uma perda de aproximadamente 7,9% do PIB, o que representa a respeitável quantia de 27 milhões de dólares.

Nas pequenas empresas, calcula-se uma perda da capacidade de trabalho correspondente a 60 mil dólares; 500 mil e cerca de 1 milhão de dólares, respectivamente, para as médias e grandes empresas.

Estatísticas de acidentes do trabalho revelam, que 50% deles tem como causa o alcoolismo, estimando-se que existe um alcoólatra para cada dez trabalhadores. Sabe-se, também, que concentrações alcoólicas entre 0.80 e 1.20 gramas de alcoolemia diminuem em 35% a capacidade psicomotora, predispondo, destarte, a 55 vezes mais de probabilidade de ocorrência de acidentes do trabalho.<sup>52</sup>

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) vem realizando estudos em todo o mundo, revelando que o alcoolismo é um dos principais fatores que vêm provocando crescentes danos às empresas. Da mesma forma estima que, em

---

<sup>52</sup> VIEIRA, op.cit., p.618.

conseqüência, existe uma perda de produtividade para a economia de, aproximadamente, 0,15% do PIB, o que representa cerca de 500 milhões de dólares.

Por outro lado os efeitos do alcoolismo nas atividades produtivas, manifesta-se entre outros, particularmente, pelo absentismo, pela não realização das tarefas que são determinadas ao empregado, pelos atrasos freqüentes e pela quebra de produção e da qualidade.

Constata-se, por sua vez, que os profissionais mais expostos ao alcoolismo são entre aqueles de baixa especialização: os motoristas de caminhões, os trabalhadores de fábricas de bebidas, os trabalhadores domésticos e os da construção civil. Por outra parte naqueles de alta especialização destacam-se, os médicos, os advogados, os jornalistas, publicitários e os executivos.

#### 2.5.1.2 Programa de prevenção na empresa

Todo programa deve ser estabelecido através de um planejamento, que deve ser iniciado por meio de controles periódicos, a começar pelo exame médico admissional.

Nesta oportunidade, a par de um interrogatório bem conduzido e de um exame clínico apurado, o trabalhador, candidato ao emprego, deverá ser submetido a um teste psicomocinético (PMK) e a exames subsidiários laboratoriais (Provas de função hepática), diante de comprovação ou simples suspeita de se tratar de um alcoolista.

No programa deverá ser também contemplado um controle médico especial para os trabalhadores identificados como alcoolistas, cuja periodicidade deve ser mensal.

Aconselha-se, também, estabelecer um controle por ocasião do ingresso ao trabalho, no retomo do almoço ou do jantar, quando as refeições são realizadas fora da empresa. Nestes casos, caberá aos encarregados das portarias realizarem o controle, encaminhando ao Serviço Médico todo aquele trabalhador com evidentes sinais de embriaguez ou de suspeita. Nesta oportunidade, está legitimado o uso do bafômetro.

#### 2.5.1.3 Base do Programa

- Realização de palestras esclarecedoras e informativas a respeito do alcoolismo dirigidas à Direção da empresa objetivando obter o total apoio para o desenvolvimento do programa.
- Palestras a respeito do alcoolismo e suas conseqüências dirigidas aos gerentes, chefias, encarregados e para os componentes da CIPA.
- Palestras periódicas elucidativas para pequenos grupos de trabalhadores, com ilustrações, fotografias, slides, audiovisuais, utilizando, sempre que possível, a dramatização de situações reais vividas ou que possam ser vividas na empresa.
- Para os trabalhadores já identificados como alcoolistas organizar palestras exclusivas com a participação de seus familiares.
- Estimular, motivar e facilitar aos trabalhadores alcoolistas o tratamento.

- Identificar, entre os trabalhadores, aqueles que espontaneamente se propõem a auxiliar os companheiros alcoolistas. para que façam parte integrante de Brigada Antialcoólica, com a participação conjunta dos mestres, encarregados, do serviço social e da medicina do trabalho.
- Incluir o tema "Alcoolismo e suas conseqüências", nas reuniões da CIPA e no programa de celebração das SIPATS.

#### 2.5.1.4 Conduta do Médico do Trabalho na empresa

No exame médico admissional:

- **O candidato apresenta sinais evidentes de ser um alcoolista.**
- Dependendo da função designada (sem risco), considerá-lo apto para a função designada, porém, inapto para funções de risco.
- Registrá-lo como subnormal programando controle periódico (exame médico especial) a cada 3 a 6 meses.
- Exame clínico geral.
- Provas de função hepática anual.
- Incluí-lo no Programa de Prevenção como participante das palestras exclusivas, juntamente com seus familiares.
  
- **O trabalhador somente foi identificado como alcoolista por ocasião do exame periódico.**
- Proceder como no exame médico admissional.

- Providenciar serviço compatível, se a função do empregado for de risco.
- Mantê-lo sob vigilância (responsabilidade de sua chefia).
- Incluí-lo no rol dos empregados que serão submetidos a controle médico especial (exame médico especial a cada 3 ou 6 meses).
- Incluí-lo no grupo de empregados que deverão participar obrigatoriamente das palestras antialcoólicas específicas, juntamente com seus familiares.
  
- **O empregado que durante a jornada de trabalho ou no seu ingresso na empresa se apresenta com sinais evidentes ou não de embriaguez**
- Manter o empregado em repouso no Serviço Médico.
- Comprovar o diagnóstico de embriaguez (usar Bafômetro).
- Medicar, se necessário.
- Na embriaguez profunda (raramente ocorre no interior da empresa) remoção imediata para Pronto Socorro.
- Cessados os sinais de embriaguez, afastar o empregado, justificando o dia.
- Incluí-lo no rol dos empregados que deverão ser controlados conforme item anterior.
- Incluí-lo como participante assistente das palestras específicas, juntamente com seus familiares.



- **O empregado é um alcoolista inveterado.**
- Proceder o seu afastamento, por doença, por 15 dias.
- Ao término dos 15 dias de afastamento, encaminhá-lo para o Serviço Perícias Médicas para prorrogação do afastamento.
- Encaminhá-lo para entidades antialcoólicas oficiais ou particulares.

### **O CICLO DO ALCOOLISMO NO INÍCIO:**

#### **ALCOOLISTA LEVE**

- Sem anormalidades aparentes

#### **ALCOOLISTA MODERADO**

- Suores noturnos
- Tremores das mãos
  - Irritabilidade
  - Gastrite

#### **ALCOOLISTA PESADO**

- Dependência
- Alucinações
- Alterações Psíquicas
- Desajustes familiar e no trabalho
  - Delirium Tremens
  - Cirrose Hepática
    - Morte

## 2.5.2 Tabagismo

É citado que o tabagismo é um hábito que causa dependência adquirida pela inalação de fumaças provenientes da queima do tabaco na forma de cigarros, charutos e/ou cigarrilhas.

Sabe-se que, antes mesmo da descoberta do Brasil, Cristóvão Colombo (1492) participava de cerimônias indígenas (bruxaria) ao redor de fogueira, onde se queimavam folhas secas de "Tobago" (nome primitivo do tabaco), cuja fumaça era inalada pelos participantes. Acredita-se que no Brasil, antes de seu descobrimento, o tabaco (*Nicotina tabacum*) deve ter chegado devido à migração dos índios tupis-guaranis das Antilhas e dos Andes bolivianos (usado para cerimônias religiosas), transformando-se depois em um importante e principal produto de exportação.

Mais tarde, o hábito de inalar a fumaça do fumo (fumar) foi levado para a Europa, contando-se que, em 1556, Jean Nicot, embaixador de França, presenteia a sua rainha com uma caixa de "fumos" (seu nome deu origem a Nicotina). Mais tarde (1751), pelo Marquês de Pombal é promulgada, no Brasil, a 1ª. regulamentação pertinente ao tabaco e, no final do século 19 o seu cultivo já era praticado em mais de 90 países particularmente na República Dominicana, Cuba, Brasil e Estados Unidos.

No Brasil, a 1ª. fábrica de cigarros foi inaugurada, em 1903, por Albano Souza Cruz e, em 1918, a sua filial do Rio Grande do Sul em Santa Cruz do Sul. Atualmente, 80% da produção do tabaco está circunscrita ao Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul,

### 2.5.2.1 Conseqüências oriundas do tabagismo

Estima-se que existe no mundo mais de 1 bilhão de tabagistas e que, cerca de 5 trilhões de cigarros, por ano, são consumidos.<sup>53</sup> Por outra parte calcula-se que ocorrem, anualmente, 2 milhões e meio de óbitos em função do tabagismo.

No Brasil, em 1970, cuja população era aproximadamente de 94 milhões de habitantes, foram consumidos 73 bilhões de cigarros no mesmo ano. Já, em 1986, com uma população brasileira de 139 milhões de habitantes, o consumo foi de 169 bilhões de cigarros anuais, o que significa que cada brasileiro consumiu 280 cigarros no ano contra 23 litros de leite consumidos per capita nesse mesmo período.

O quadro 1, colocado ao fim do presente subcapítulo, ilustra bem esta situação, demonstrando entretanto uma queda do consumo em 1991 e que se acentua no ano seguinte provavelmente, devido às campanhas antifumo mundialmente promovidas.

Calcula-se que no Brasil, 40% da população são fumantes, ou seja, para cada 10 brasileiros, 4 fumam.

### 2.5.2.2 Toxicologia do Tabaco

Até a década de 60, o fumo brasileiro era um produto natural com cerca de 40 substâncias tóxicas e, aproximadamente, 6 substâncias carcinogénicas.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Id.

<sup>54</sup> Id.

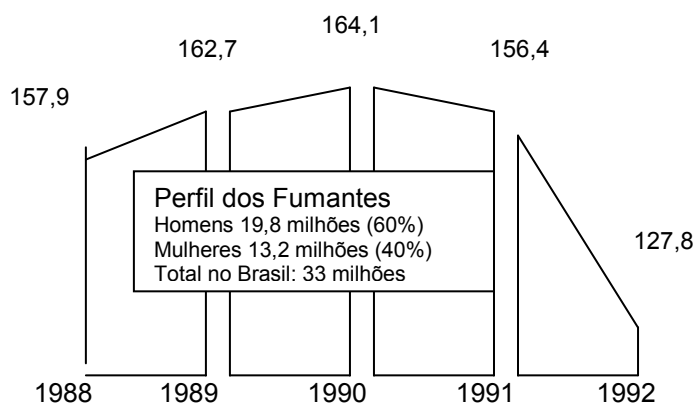
Atualmente, em consequência do uso de agressivos agrotóxicos, desde a semente, nas mudas e no solo, a toxicidade do produto aumentou agravada pela presença de urânio e tório nos fertilizantes (compostos de cálcio e fósforo), que se depositam nas folhas do tabaco.

Em consequência, os cigarros brasileiros são 12 vezes mais radioativos que os de fabricação estrangeira.

A situação se torna mais grave dado que, na industrialização do tabaco, são adicionados cerca de 300 aditivos (extratos de frutos, mel, açúcares, cacau, aromatizantes, fixadores, impermeabilizantes, antimofantes, etc.), Por sua vez, o papel utilizado também sofre ação, na sua industrialização, de vários produtos químicos, entre eles, o cloro utilizado como branqueador do papel que, uma vez queimado, elimina dioxinas (poderoso tóxico).

## QUADRO 1: CONSUMO ANUAL DE CIGARROS NO BRASIL

(Em bilhões de Unidades)



Fonte: Associação Brasileira das Indústrias do Fumo (Abifumo)

### 2.5.2.3 Ação do tabaco sobre o organismo

A nicotina, agindo sobre o cérebro, provoca um estímulo no centro vasomotor da base cerebral e na.e células das adrenais, provocando a eliminação das catecolaminas e da adrenalina responsável pela taquicardia e aumento (em 31 %) da estimulação geral do fumante.<sup>55</sup>

Por outro lado, a adrenalina liberada ocasiona uma vasoconstrição periférica com redução da luz dos vasos de aproximadamente, 19% no sexo masculino e de 33% nas mulheres. Tal situação leva a uma hipóxia cerebral, responsabilizando-se pela apatia, pela depressão, com redução da concentração e da atenção. Conseqüentemente, haverá diminuição produtiva, aumentando a

<sup>55</sup> Id.

predisposição para os acidentes. Além do mais, por ação do cianeto, instala-se ambliopia e a dependência pela nicotina.

Comumente, o fumante é um tossidor crônico, devido a bronquite crônica que se instala e que posteriormente, leva ao enfisema pulmonar, ao cor pulmonale, ao câncer do pulmão, da laringe, da boca do esôfago, do pâncreas, da bexiga, dos rins e do útero. Ademais, existe uma íntima relação entre o fumante e os distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial, coronariopatias e enfarto do miocárdio), assim como são comuns os portadores de úlcera gastroduodenal entre os fumantes inveterados. Sabe-se, também, que gestantes tabagistas geram freqüentemente nascimentos prematuros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que, em 1991, ocorreram no mundo 3 milhões e meio de óbitos por conseqüência do fumo. No Brasil, nesse mesmo período, o hábito de fumar gerou 125 mil óbitos e 120 mil inválidos. A vaso constrição, a taquicardia e a dependência têm como responsável a nicotina. Assim é que o risco maior se concentra nos fumantes (12 cigarros por dia) que apresentam na urina cerca de 24.4 miligramas de nicotina por mililitro de urina. Nos não fumantes (sem exposição), a concentração é igual a zero, ao passo que nos fumantes passivos (não fumantes expostos), a concentração é de 6.8 miligramas por mililitro de urina.

Da mesma forma, a concentração do CO no sangue sob a forma de carboxihemoglobina é, nos fumantes, após 6 horas de inalação igual a 15%, e de 8% nos não fumantes expostos, e 1 % nos não fumantes não expostos (concentração ideal e compatível). Segundo pesquisadores dinamarqueses, o câncer ocasionado pelo tabaco seria devido ao estímulo que a fumaça dos cigarros provocaria sobre os radicais livres do organismo, que ocasionariam por

sua vez uma oxidação do DNA do fumante e, como conseqüência, surgiriam mutações genéticas celulares com capacidades carcinogênicas. Afirmam os referidos pesquisadores que ao inibir-se a oxidação por ingestão dos antioxidantes como, por exemplo, a Vitamina C e os betacarotenos estaria se prevenindo contra essa modalidade de câncer.

#### 2.5.2.4 Efeitos sobre o meio ambiente

##### **a - Incêndios**

O cigarro é o causador número 1 dos incêndios. Em 1985, 60% dos incêndios com vítimas, no Paraná, foram causados pelo cigarro.

##### **b – Acidentes do Trabalho**

Segundo a NIOSH, os fumantes provocam 2 vezes mais acidentes do que os não fumantes.

##### **c – Poluente ambiental**

##### **d – Prejuízo à saúde dos não fumantes expostos (Fumantes passivos)**

Estatísticas estrangeiras (Alemanha e Grécia) afirmam que ocorrem 2 a 4 vezes mais câncer pulmonar nos casais fumantes do que entre os não fumantes. Nos Estados Unidos, foi demonstrado que a simples exposição à fumaça do cigarro (fumantes passivos) poderá ocasionar inúmeras afecções respiratórias, cardíacas e mesmo câncer do pulmão.

### 2.5.3 Drogas

A literatura revela que drogas são todas as substâncias empregadas como ingredientes em química, farmácia ou tinturaria que agem sobre o físico e o psíquico causando ou não dependência ou seja, o estado físico e/ou psíquico devido a sua interação e o organismo é que provoca uma vontade incontrolável (compulsão), levando a pessoa voltar ao uso da substâncias de forma continuada e periódica ou para sentir os seus efeitos ou por não suportar sua abstinência.

Nestas condições, instala-se uma dependência física por adaptação do organismo à droga, provocando sintomas clínicos e, por outra parte, uma dependência psíquica que se manifesta por um desconforto psicológico devido a sua suspensão.

Da mesma forma, a abstinência (síndrome de abstinência) se instala por ocasião da suspensão da droga, ou quando a sua ação é bloqueada.

O uso de droga obedece a um ritual de iniciação, quase sempre pelo alcoolismo e pelo tabagismo. Em seguida, seguem-se os tranqüilizantes e, finalmente, chega-se às drogas mais poderosas como a cocaína e a heroína, e mais recentemente o crack (variação sintética da cocaína).

O Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina realizou em 1990, uma detalhada pesquisa em escolas do 1º e 2º graus da Capital paulista, revelando um surpreendente resultado, ou seja, que 34,4% dos alunos pesquisados já haviam experimentado algum tipo de droga entre aquelas, ingredientes de medicamentos usados em crianças. Senão vejamos:

Bebidas alcoólicas.....	7,5%
Inalantes (cola, lança perfume) .....	17,3%



Cigarro.....	27,4%
Calmanetes .....	7,2%
Anfetaminas .....	3,9%
Maconha .....	3,4%
Anorexígenos .....	2,1%
Anficolinérgicos.....	1,0%
Cocaína .....	0,796

Nos Estados Unidos houve um aumento de 6,7% no consumo da cocaína pelos estudantes onde existem cerca de 500 mil consumidores de heroína, 5 milhões de cocainomânicos e 20 milhões de usuários da maconha.

Diante desse assustador quadro, durante o governo Reagan, foram instituídos como obrigatórios os testes anti-drogas para os funcionários públicos federais, o que provocou inúmeras contestações obrigando o governo a cancelar esta exigência.

No Brasil, cresce assustadoramente o tráfico e o consumo de drogas nas ruas, nas escolas e nas empresas, particularmente, aquelas que causam dependência e consideradas ilegais, ou seja, as chamadas drogas psicodislépticas representadas pela maconha, os opiáceos, o LSD e a mescalina (inclui-se neste grupo o álcool).

Atualmente no mundo, este mercado movimentava milhões de dólares e, dado aos grandes lucros obtidos, a produção dessas drogas tem aumentado, como demonstram estatísticas norte americanas, (47% da produção de ópio entre 1988 e 1989). No México, a produção de maconha teve um aumento de 240% e, nos países maiores produtores de cocaína (Peru, Colômbia, Bolívia e Equador) o

aumento foi de 12%. Recentemente, com o desmantelamento do Cartel de Medellin, na Colômbia, os laboratórios de refino de coca estão sendo transferidos e instalados no Brasil, e transformando São Paulo no centro de distribuição para os mercados interno e externo de cocaína.

Dada à incontrolável situação, gera-se particularmente nos Estados Unidos, uma legislação que procura amenizar as sanções legais contra a comercialização e o uso das drogas ilegais e, recentemente, no mesmo sentido, tramita pelo Congresso Nacional um anteprojeto objetivando legalizar especificamente o uso da maconha.

#### 2.5.3.1 Controle do uso das drogas na empresa

Salienta-se aqui que nas empresas o uso de drogas não é observado somente entre os trabalhadores. Também o é e, com alguma freqüência, entre os seus executivos. Os trabalhadores, de um modo geral, dado o pequeno poder aquisitivo que possuem, não usam as drogas, caras (por exemplo cocaína ou heroína) e, raramente, o LSD. O uso mais freqüente é o da maconha e, não raramente, certos solventes (tricloroetileno, benzeno, acetona, thinner, etc.) utilizados em grande escala nas indústrias metalúrgicas como desengraxantes.

De qualquer forma, o uso de drogas na empresa é uma das causas da queda da produtividade do aumento das doenças e dos acidentes do trabalho e de absenteísmo.

Não obstante as dificuldades em se estabelecer um efetivo sistema para coibir ou controlar na empresa o uso de drogas, ao médico do trabalho se sugere

iniciar o controle pelo exame médico de admissão, cujo valor neste caso é relativo. Porém, pela detecção de alguns sinais clínicos, poder-se-á pelo menos suspeitar estar frente a um usuário de drogas. Assim é que sob o ponto de vista prático, nos ensina o especialista mexicano Ernesto L. Ruiz, pesquisar os seguintes sinais clínicos:

a - alterações da mucosa nasal, atrofia do epitélio da mucosa nasal, a anosmia ou rinites atróficas, que podem ser ocasionadas pelo uso da cocaína;

b - presença de ansiedade, alternada com estados depressivos e alterações das funções cerebrais, podem ser provocadas por psicotrópicas;

c - ansiedade, hipertensão arterial, náuseas, transpiração profusa, podem ser devidas à morfina e heroína;

d - hepatites viróticas podem ser ocasionadas por injetáveis (comum entre os viciados);

e - bronquite, conjuntivites, euforia anormal, olhos avermelhados, podem ser causados pela maconha;

f - pupilas dilatadas são um dos efeitos do LSD e da mescalina;

g - pupilas contraídas, bradicardia e bradipnéia levam a suspeitar de morfina e de heroína;

h - euforia discreta com alteração da percepção, da coordenação e do juízo, podem levar à suspeita de uma intoxicação por colas ou solventes (benzeno, tricloetileno. thinner, etc.);

i - exaltação dos reflexos, taquicardia e respiração irregular, fazem suspeitar de cocaína;

j - a presença de flebite, tromboflebite das veias dos membros superiores (antebraços), é freqüente entre os viciados.<sup>56</sup>

A par destes fatos deve-se suspeitar de toxicomania quando existe uma disparidade acentuada entre os dados reais e aqueles que a pessoa informa sobre si mesma. Geralmente são pacientes vaidosos, contam vantagens, alardeiam amizades com personalidades que estão fora de seu círculo de relações e, dirigem-se ao médico, com uma intimidade não autorizada.

Nestes casos, a colaboração da psiquiatria se faz necessária para identificar efetivamente o suspeito toxicômano.

Por outra parte, os efeitos imediatos de determinadas drogas se traduzem por alterações que ao exame clínico do paciente poderão orientar na verificação do provável viciado, como também da droga que é utilizada.

Senão veja-se:

#### **1 - Maconha**

- Tamanho pupilar normal
- Reação lenta ou ausência de reação pupilar à luz
- Ausência de convergência
- Esclerótica avermelhada
- Nistagmo horizontal
- Edema palpebral
- lacrimejamento
- Olhos "vidrados"

---

<sup>56</sup> Id.

**2 - Heroína**

- Miose
- Ausência de reação pupilar à luz
- Ptose palpebral
- Reflexo corneano diminuído
- Edema palpebral
- Olhos "vidrados"

**3 - Benzodiazepínicos**

- Pupila normal
- Pouca ou ausência de reação pupilar à luz
- Presença de nistagmos
- Esclerótica avermelhada
- Ausência de convergência
- Olhos "vidrados"

**4 - Cocaína**

- Midríase
- Pouca ou ausência de reação pupilar à luz
- Diminuição do reflexo corneano

Além do referido exame médico, recomenda-se submeter o candidato ao teste do PMK, cujo resultado deve ser comunicado, previamente, ao médico do trabalho antes mesmo de realizar o exame clínico.

Em última instância e em face de evidentes suspeitas clínicas, pode-se lançar mão de análises químicas toxicológicas no sangue ou na urina (alto custo e necessidade de laboratório especializado), considerando-se sempre que a obrigatoriedade da realização desses exames exige anuência do paciente por escrito, devido às controvérsias legais que suscita.

O controle deve prosseguir por ocasião dos exames médicos periódicos e de demissão cuja orientação e sistemática obedecem aos mesmos critérios e parâmetros do exame médico admissional.

#### 2.5.3.2 Conduta do médico do Trabalho na empresa

Surpreendido um empregado durante a jornada de trabalho fazendo uso de qualquer droga, ou mesmo ao ser encaminhado ao Médico do Trabalho com simples suspeita de estar drogado, o mesmo deverá ser encaminhado para orientação psiquiátrica, uma vez confirmado o diagnóstico ou a suspeita, e para programas anti-drogas oficiais e/ou particulares. Nestes casos, a colaboração do Serviço Social é indispensável.

Ao mesmo tempo, o empregado deve ser incluído no rol daqueles que exigem controle médico específico (exame médico especial), cuja periodicidade deverá ser mensal.

### 2.5.3.3 Programa de prevenção na empresa

A mesma fonte supra citada revela que o estabelecimento e a implantação de um programa anti-droga no âmbito da empresa exige, fundamentalmente, para alcançar êxito três fases básicas.

A primeira consiste em sensibilizar e conscientizar a Direção da empresa envolvendo todos os escalões intermediários, ou seja, os gerentes e os supervisores. Obtido o beneplácito, segue-se procurando incutir entre todos os empregados a noção clara, exata e objetiva dos malefícios causados pelas drogas e a necessidade em evita-las. Ainda nesta fase inicial organizar e pôr em prática treinamentos para as diferentes operações, procurando identificar entre os grupos de trabalhadores aqueles que sobressaem e que manifestam interesse e maior participação sobre os assuntos discutidos. A estes se fará uma reciclagem e aprofundamento dos assuntos pertinentes.

Pode-se organizar palestras e treinamentos envolvendo todos os componentes da empresa, sendo instrutores os profissionais da Segurança e da Medicina do Trabalho e do Serviço Social.

Em uma seguinte e última fase, devem ser programadas reuniões com a presença de familiares do "grupo de risco" (identificados como usuários de drogas), aplicando sempre que possível a dramatização de situações reais detectadas entre os empregados da empresa.

O referido programa deverá ser complementado por freqüentes informações aos empregados a respeito do assunto, utilizando-se de todos os meios de comunicação e informação disponíveis que, se não existentes, deverão ser criados.

#### 2.5.4 AIDS

A AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença virótica grave de etiologia identificada, a partir de 1970, como sendo por um retrovírus HIV (I e 2), sendo o HIV 1 o mais patogênico, constitui-se na atualidade como um dos mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo, e cuja patogenia e transmissão somente foi estabelecida a partir de 1980. Com um período de incubação desconhecido, admite-se entretanto, que 10 a 30% dos infectados (portadores) alcançam a fase final da doença entre 3 a 5 anos. A sua transmissão é tida no Brasil como 70% devida ao ato sexual (nos EEUU, em 57%). As transfusões de sangue e o uso de seringas contaminadas se constituem como os seguintes meios de transmissão (no Brasil em 76,4% e nos EEW em apenas 20%).

A mãe infectada é a fonte transmissora para o seu produto concepcional. Outras fontes são consideradas, não obstante discutíveis, como seriam o ato de beijo na boca, a saliva, a picada de insetos, etc. Quanto ao leite materno, a Associação Médica Brasileira emite, em fevereiro de 1990, recomendações no sentido de evitar o aleitamento materno por mães infectadas pelo vírus HIV, assintomáticas ou doentes de AIDS. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países do 3º mundo registram 90% dos casos de AIDS, prevendo-se que, até 1997, ocorrerão 25 milhões de mortes por sua causa e que até o ano 2000, 110 milhões de pessoas estarão infectadas. Ainda informa a OMS que até a presente data, foram registrados cerca de 400 mil novos casos em 137 países, sendo nos EEUU a ocorrência da maioria desses novos casos, seguida de Uganda, Zaire e Brasil (cerca de 13 mil novos casos).



Ainda dados da OMS nos dão conta de que os 6 milhões de portadores até agora registrados no mundo, 3 milhões são mulheres. Prevê-se que, no ano 2000, os doentes femininos, se igualarão em número aos do sexo masculino.

Dados declarados pelo Ministério da Saúde em Brasília, revelam que desde o primeiro caso registrado no Brasil (1980) até 1993 existiam 36.400 casos de AIDS e que já morreram cerca de 50% dos mesmos, ou seja, 15.600 doentes. Os últimos dados divulgados dão conta da existência de 23.000 casos notificados no Estado de São Paulo e que desses, 65,35% já morreram.

O contágio por transmissão sexual ainda prevalece (53,5%), sendo que os homossexuais representam 28,9%, os bissexuais 11,7% e os heterossexuais 12,8%, através do uso de drogas injetáveis, o contágio representa cerca de 34,5%, demonstrando que o percentual desses casos vem aumentando gradativamente.

Ainda dados fornecidos pela OMS, em 1990, revelam que a AIDS cresce no mundo cerca de 3,5%a ao mês e que o Brasil já ocupa o 2º lugar entre os 10 países com maior número de casos.<sup>57</sup>

#### 2.5.4.1 AIDS e o trabalho

Recentemente, tem sido amplamente referido que a linha tradicional de somente considerar como normal e apto para o trabalho o candidato que preenchesse condições mínimas estabelecidas estatisticamente e que atendesse à capacidade de aptidão de todos os cidadãos, já é coisa do passado.

---

<sup>57</sup> Id.

O que se considera ideal para o desenvolvimento de uma atividade, o grau de perfeição física e mental, hoje não é mais aceito, mas sim, procuram-se avaliar as qualidades positivas do trabalhador, necessárias e suficientes, para exercer determinada tarefa. Esta orientação, que não somente é tecnicamente correta, permite o aproveitamento de trabalhadores subnormais, portadores de certas deficiências que, não obstante existirem, não são impeditivas para o trabalho.

É fácil de se entender que a forma antiga de se selecionar o trabalhador era discriminatória, além de criar graves problemas sócio-econômicos.

Tentou-se, com o advento da AIDS, retornar-se aos parâmetros antigos do exame médico admissional, ou seja, excluir trabalhadores do mercado de trabalho simplesmente por serem sorologicamente portadores do vírus HIV. Assim é que em meados de 1992 os jornais noticiavam, que algumas entidades governamentais estavam exigindo teste para detecção do vírus HIV em candidatos concursados, sendo que a positividade determinava a exclusão automática do emprego (Ministério da Economia, a Justiça Federal e o Instituto de Previdência do Estado do Ceará).

Considerando legítimas as referidas decisões, resolveu o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Secretaria Nacional dos Programas Especiais de Saúde e o Conselho Federal de Medicina, estabelecer e normatizar o assunto, preceituando que "o empregador é livre para decidir a quem deve empregar, porém, não lhe é permitido exigir teste sorológico enquanto a condição de admissão ou manutenção de emprego ou cargo público for interferir indevidamente na intimidade dos trabalhadores". Por outra parte, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo destaca em parecer técnico que: "a exigência do teste sorológico nos exames médicos admissionais é

descabida e discriminatória, não devendo o médico neste caso, contribuir para que prevaleça esta conduta".<sup>58</sup> Ainda mais, a Comissão Científica da AIDS da Secretaria de Estado, em 15.07.89, por seu turno, contra-indica a triagem sorológica de empregados em empresas, tanto nos exames médicos de admissão, como nos periódicos, dos testes sorológicos HIV, por considerar que "rejeições inadequadas diminuem a almejada força de produção, favorecendo a marginalidade".

Como se vê, é com base nas condutas anteriormente emitidas, que o Médico do Trabalho deve conduzir e nortear seus procedimentos ao se defrontar com a problemática da AIDS na empresa, cujos empregados estejam sob sua responsabilidade.

#### 2.5.4.2 Conduta do Médico do Trabalho na empresa

A obra de VIEIRA (1998), citada no corpo do presente trabalho, revela que não obstante as recomendações exaradas pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, compete ao Médico do Trabalho da empresa adotar medidas para o controle da AIDS entre os participantes da comunidade trabalhadora, da qual é responsável.

Tal controle deve iniciar-se, preliminarmente, por ocasião do exame médico admissional, através de um exame clínico apurado e detalhado, atentando para um interrogatório bem conduzido e para determinadas queixas referentes a

---

<sup>58</sup> Id.

infecções intestinais ocasionadas por certos helmintos ou protozoários e que provocam persistentes diarreias ou de afecções pulmonares tipo pneumonias. Da mesma forma, atentar para certas patologias do sistema nervoso central ocasionadas pela toxoplasmose.

A história ou a presença de afecções micóticas do aparelho digestivo (via alta), de afecções viróticas, de neoplasias (sarcoma de Kaposi) e de infecções tidas como oportunistas (tuberculose, lesões herpéticas, etc.) devem ser levadas em conta.

Face a evidentes suspeitas clínicas e após explicações e anuência do candidato, o teste anti HIV (Elisa) deve complementar o exame clínico que, se positivo, a sua comprovação deverá ser realizada pelo teste Western Blot. A realização compulsória dos testes é vedada por resolução do Conselho Federal de Medicina n° 1359192.

Positivado o teste, deverá ser verificada a imunoresistência por meio de hemograma completo e dos linfócitos T4 e T8.

O mesmo procedimento deverá ser adotado por ocasião dos controles médicos periódicos (exame médico periódico).

#### 2.5.4.3 Conduitas Conclusivas (nos exames médicos admissionais e periódicos)

##### **1 - Candidato(a) e/ou empregado(a) soropositivo assintomático**

- Informar, esclarecer e orientar o trabalhador.

- Considerar o trabalhador no rol dos subnormais para fins de controle clínico laboratorial trimestral (controle da imunoresistência).
- Incluir o trabalhador no Programa de Prevenção da AIDS (PPA-CIPAIDS), cujas atribuições ver-se-á a seguir.
- Se casado(a), orientar esposa(o) e filhos menores de 1 ano para exames específicos.
- Se solteiro(a), esclarecer e informar sobre os contatos (Parceiros(as) sexuais).
- Notificar a unidade específica (CRT-AIDS) da Secretaria de Saúde do Estado-Ministério da Saúde.
- Informar periodicamente o CRT-AIDS quanto ao seguimento médico do empregado(a) e de suas condições de saúde.
- Manter sigilo (Resolução n° 1359/92 do CFM - art. 2° e 3°).
- Não há restrições para o trabalho ou funções, não obstante ser considerado na admissão como apto com restrição. (Resolução do CFM n° 1359/92).

## **2 – Candidato(a) e/ou empregado(a) soropositivo e sintomático**

- Considerar o candidato(a) e/ou empregado(a) Inapto para o trabalho.
- Notificar o CRT-AIDS.
- Informar, esclarecer e orientar o candidato(a) e/ou empregado(a) para tratamento.
- Manter sigilo.

## **3 – Candidatas e/ou empregadas gestantes**

- Sugerir o teste anti-HIV.
- Se positivo, comprovar a positividade pelo teste Western Blot e, em caso afirmativo, verificar a imunoresistência pelo Hemograma completo e os linfócitos T4 e T8.
- Sendo positivos os testes, orientar, esclarecer e informar quanto ao parceiro, a gravidez e o produto concepcional.
- Garantir o sigilo e o voluntarismo.

#### 2.5.4.4 AIDS e o Ambiente de Trabalho

Contrariamente ao que se pensa, não existe risco de transmissão da AIDS de um trabalhador para outro, salvo nas condições referidas inicialmente. Entretanto, alguns profissionais, dadas as características de suas atividades, exigem cuidados especiais. Cita-se aqui:

- a) Profissionais da saúde (médicos, paramédicos, odontólogos).
- b) Barbeiros, cabeleireiros, pedicuros, manicures, esteticistas, acupuntores, laboratoristas, tatuadores, aplicadores de brincos, etc.

O maior risco para os profissionais da saúde é representado pela picada de agulhas, como ocorreu com a médica argentina, que em 1989 ganhou uma ação indenizatória de US\$ 175 mil por ter contraído o vírus da AIDS ao espetar-se acidentalmente por uma agulha contaminada, no Hospital Kings Country de New York, deixada negligentemente sobre a cama de um paciente.

- Para o pessoal paramédico, a maioria dos acidentes perfurantes ocorre no momento do recapeamento da agulha ou na manipulação.

- Para o pessoal da limpeza hospitalar ou ambulatorial são as agulhas usadas e não devidamente protegidas, as causadoras da ocorrência.

Diversos estudos realizados com profissionais da saúde, que foram inoculados por sangue de pacientes portadores do vírus HIV revelam, que o risco da soroconversão é de 3 para cada mil ocorrências.

Sobre o assunto aconselha-se a leitura de publicações do Ministério do Trabalho sobre as Normas Técnicas para o controle da AIDS e outras infecções virais na prática odontológica, e as da Organização Mundial da Saúde SIDA2, SIDA3 e SIDA7.

#### 2.5.4.5 Programa de Prevenção da AIDS na empresa:

##### Estratégia de promoção da saúde em relação à AIDS na empresa

Na maioria das ocupações e meios profissionais não há risco de adquirir-se ou transmitir-se o vírus HIV. Não obstante, os locais de trabalho podem desempenhar uma função primordial na educação sanitária, como já ocorre em vários países. Posto que a educação é o melhor meio de convencer os indivíduos de modificarem seu comportamento de risco e de reduzir ao mínimo os temores e prejuízos baseados na ignorância, é importante aproveitar os locais de trabalho para essa atividade.<sup>59</sup>

As estratégias de educação devem apoiar-se em uma colaboração ativa entre os trabalhadores e a direção da empresa.

---

<sup>59</sup> Id.

### **Finalidades e objetivos do programa**

As finalidades do programa de educação e informação sobre a AIDS nos locais de trabalho são:

- a) reduzir ao mínimo os temores e angústias em relação à AIDS; b) contribuir para evitar a propagação da infecção pelo vírus HIV;
- c) fomentar uma atitude compreensiva e responsável para as pessoas infectadas pelo vírus HIV;
- d) manter informados os infectados pelo vírus HIV e os aidéticos sobre os seus direitos e deveres;

Quanto aos objetivos, ressalta-se:

- a) fornecer informações exatas e atualizadas sobre a infecção pelo vírus HIV para todo o pessoal e suas famílias;
- b) favorecer uma avaliação pessoal, exata e fidedigna a respeito dos riscos do vírus HIV;
- c) favorecer a aquisição de conhecimentos, que ajudarão os indivíduos a modificarem sua mentalidade e comportamento;
- d) promover a saúde das pessoas infectadas pelo vírus HIV e dos aidéticos no interior da empresa;
- e) garantir que os programas de educação sobre a AIDS na empresa façam parte integrante dos demais programas gerais de saúde;
- f) conseguir que os programas de educação sobre a AIDS da empresa façam parte de outros programas comunitários idênticos.

### **Grupos destinatários**

O programa deve destinar-se para todos os empregados indistintamente, desde o nível mais alto até o menos categorizado, independentemente da raça,



religião ou credo nível cultural, educativo e social, incluindo todo efetivo da empresa. Aconselha-se destinar programas especiais àqueles profissionais que, por força de suas atividades, permanecem longos períodos afastados de seus familiares e de contatos sociais.

### **Preparação do programa de prevenção da AIDS**

O programa deve reunir as seguintes condições:

- a) um compromisso tácito da Direção da empresa a favor da capacitação contínua e da educação sobre a AIDS, no interior da empresa e de sua própria capacitação;
- b) inclusão, na preparação e elaboração do programa, do pessoal que constitui o grupo destinatário;
- c) empregar as diversas técnicas educativas e de comunicação;
- d) utilizar, sempre que possível, as técnicas interativas de pequenos grupos;
- e) liderança positiva e competente do programa;
- f) utilização, no programa, de materiais e técnicas educativas adequadas para o grupo a que se destina;
- g) obtenção de recursos financeiros suficientes, adequados e contínuos.

### **Execução do programa de prevenção da AIDS**

Para execução do programa deverá ser estabelecido um plano de ação que resulte da colaboração ativa entre a Direção da empresa e os seus empregados. Algumas práticas abaixo discriminadas, podem favorecer o êxito do programa:

- a) uma consulta freqüente, durante a execução do programa, com todos os grupos pertinentes;
- b) destinar ao programa um certo tempo durante a jornada de trabalho;

c) integrar o programa de prevenção da AIDS aos outros programas de saúde e de segurança, já existentes na empresa.

### **Avaliação do programa de prevenção da AIDS**

Para tal é necessária a previsão de mecanismos que permitam vigiar sua aplicação e melhorar sua eficácia.

Assim para alcançar-se a máxima eficácia do programa, são necessários alguns mecanismos de apoio, ou seja:

a) Contatos freqüentes com fontes fidedignas, para assegurar e facilitar informações exatas e atualizadas.

b) Promover intercâmbio de informações com outros programas educativos desenvolvidos na empresa.

c) Ter acesso a um centro fidedigno de informações sobre a AIDS.

d) Ter acesso a um centro altamente credenciado de assessoramento sobre a AWS. e) Obtenção e utilização de recursos governamentais, comunitários ou de outra procedência quando necessário.

f) Investigação, em especial, sobre métodos docentes eficazes.

### **2.5.5 Estresse**

Ainda no mesmo contexto, a vida é o eterno balanço entre tensão e relaxamento, pois o homem do final do século XX continua enfrentando problemas já confrontados por seu semelhante, desde tempos imemoriais, acrescidos de ambigüidades sócio-econômicas do progresso tecnológico vertiginoso dos dias atuais, para os quais as suas defesas psicológicas não foram

preparadas suficientemente, pois não absorveu a maior parte das experiências que seus antecessores vivenciaram.

As situações geradas no presente século estão modificando continuamente o estilo de vida das pessoas, colocando-as diante de exigências desconhecidas, o que faz com que aumente o nível tensional, e com isto, o aparecimento de alterações psico-fisiológicas as mais variadas. Estas vão desde sensação de medo até esgotamento mental ou embotamento mental, pois cada pessoa reage de uma maneira específica diante das exigências psicossociais enfrentadas.

As defesas individuais (bio-psico-sociais) não se desenvolveram com a mesma velocidade que as alterações verificadas nos ambientes sociais e laborativos.

Diante disto, a maioria das pessoas não entende o que está acontecendo à sua volta e reage de maneira inadequada para solucionar os conflitos existentes no seu ambiente de vida. Isto é mais evidente na classe média dos países periféricos e na classe obreira dos países centrais, onde as pessoas não são esclarecidas, ou preparadas para enfrentarem a realidade, em virtude do despreparo das mesmas, devido à deterioração dos ensinamentos formais dos 1º, 2º e 3º graus e, mesmo em face da desagregação social existente neste final de século.

Ao reagir de maneira inadequada às exigências psíquicas no seu ambiente de vida, o homem, psicologicamente despreparado, poderá desenvolver um desgaste anormal no seu organismo e, dependendo da susceptibilidade individual, apresentar uma incapacidade crônica de tolerar, superar ou se adaptar, apresentando lesões, as mais variadas, desde intranquilidade até esgotamento mental ou embotamento mental, tudo dependendo da sua estrutura psíquica.

Esta reação foi denominada de "reação de emergência" por Walter B. Cannon em seu livro **A sabedoria do corpo**, publicado em 1932. Posteriormente, Hans Selye chamou de estresse ao conjunto de reações de adaptação de um organismo.

O termo estresse é muito utilizado na engenharia para especificar o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço, o qual poderá levar à ruptura da mesma, desde que ultrapasse a capacidade de resistência dos componentes daquela estrutura. Selye usou este termo para denominar o conjunto de reações que o organismo humano desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço para adaptação. No livro **Stress - a tensão da vida**, escrito em 1956, traduzido por Frederico Branco e publicado pela Ibrasa de São Paulo, em 1959,, Hans Selye afirma que: "Estresse é essencialmente o grau de desgaste no organismo humano, embora não implique, necessariamente, uma alteração mórbida, pois a vida normal, também, acarreta desgaste na maquinaria do corpo".<sup>60</sup>

As pessoas popularizaram a conceituação de estresse, empregando para as mais variadas situações, tais como: "ando muito estressado com os acontecimentos atuais da política econômica" ou, "como fico estressado quando preciso dirigir, nos dias atuais, neste trânsito confuso", bem como outras afirmações em qualquer contexto.

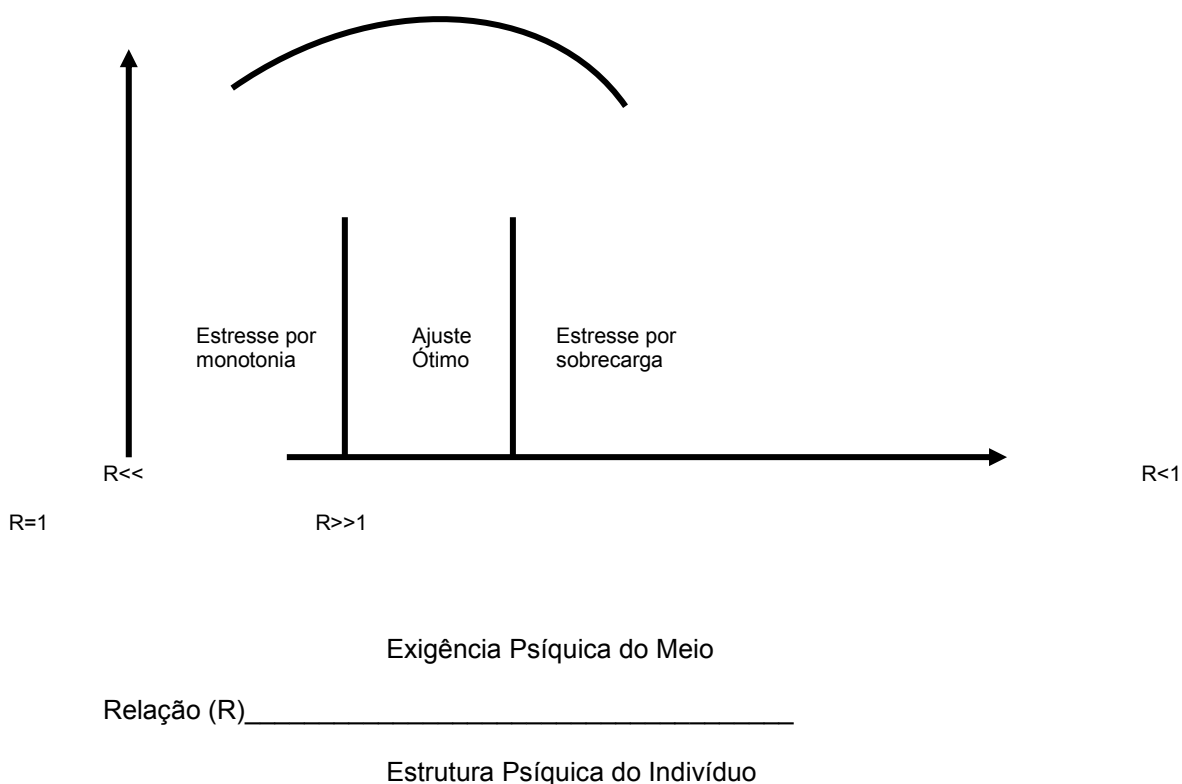
O organismo humano apresenta reações específicas e não específicas diante de diferentes exigências, tanto externas, quanto internas. Ao conjunto de modificações não específicas, Selye deu o nome de Síndrome Geral de Adaptação, que consiste de 3 (três) fases, ou seja: Reação de Alarme; Fase de

---

<sup>60</sup> MASCI apud VIEIRA, op.cit., p.12.

Resistência e Fase de Exaustão. A existência ou não de estresse na vida de uma pessoa é o resultado de uma interação entre as exigências psíquicas do meio e a estrutura psíquica da pessoa.

Esta interação foi bem caracterizada pelo Prof. Hudson de Araújo Couto em seu livro **Stress e Qualidade de Vida do Executivo**:



Esta relação pode ser descrita da seguinte forma:

- À medida que as exigências de natureza psíquica são um pouco menores ou um pouco maiores que a estrutura psíquica da pessoa, ela se sente animada, motivada, com alta energia vital, analisados fatos com realismo, tem memória e sente-se calma sob tensão.

- À medida que as exigências psíquicas do meio em que o indivíduo vive são muito mais fortes que a estrutura psíquica desse mesmo indivíduo (relação muito maior que 1), o indivíduo passa a sentir o chamado estresse por sobrecarga, em que a manifestação principal é o pânico pela incapacidade de conviver com as exigências. Numa fase inicial, manifesta-se o quadro de fadiga psíquica, e pode-se chegar ao esgotamento mental.
- À medida que as exigências psíquicas do meio em que o indivíduo vive são insuficientes para sequer aproximar-se da estrutura psíquica da pessoa (relação muito menor que 1), o indivíduo passa a sentir o chamado estresse por monotonia, em que a manifestação principal é o desconforto do indivíduo diante de tão pouco estímulo. Numa fase inicial, manifesta-se afadiga psíquica, e se a situação continuar, chega-se à letargia ou embotamento mental.

Isto demonstra a comparação feita por Selye, que tanto vai haver estresse se quiser que a "tartaruga" ande como um "cavalo de corrida" como se quiser que o "cavalo de corrida" ande como a "tartaruga".

As formas de estresse, mais freqüentes, nos tempos atuais, são:

- a primeira é o estresse dos indivíduos que vivem de forma corrida, competitiva, agressivamente envolvidos em uma luta crônica e incessante para realizar e ter cada vez mais;
- a segunda é o estresse dos indivíduos que vivem tensos, seja no ambiente de trabalho, seja em casa, seja consigo mesmo; nesses casos, a tensão pode ser ocasionada por uma série de fatores;
- a terceira, é o estresse dos indivíduos em crise existencial, geralmente entre os 38-45 anos, questionando-se sobre o significado da vida, principalmente

do tipo de vida que vêm tendo, diante da perspectiva de que não vão conseguir realizar tudo a que se propuseram, e de que o tempo (de vida) tem um fim;

- a quarta, é o estresse do indivíduo que está vivendo alto grau de desajustamento, consciente ou inconsciente, a uma realidade de sua vida, seja à realidade do seu ambiente de trabalho, do seu ambiente familiar, do seu ambiente social ou dele consigo mesmo.

#### 2.5.5.1 Prevenção do estresse

Cita-se que, uma vez que os estímulos que desencadeiam o estresse estejam devidamente reconhecidos num ambiente de trabalho, toma-se possível elaborar um plano de prevenção. Para tanto, é necessário que estejam disponíveis a vontade para o combate, recursos financeiros e tecnologia adequada.

Em nível de decisão, é cada vez maior o número de empresas que mantém em seus quadros psiquiatras para atuarem no campo do combate ao estresse. Na nossa realidade, é necessário, ainda, que haja recursos financeiros disponíveis para aplicar em tecnologia, que deve ter as seguintes características: ser rápida em seu efeito; ser bem sucedida; ser eficaz, mesmo em condições ambientais adversas; atingir também a etiologia dos sintomas; proporcionar resultados prolongados; ser um método passível de uso pela maioria das pessoas; necessitar um número mínimo de pessoas para ser implementada.

Os estímulos físicos e químicos são eliminados ou controlados por especialistas em saúde ocupacional, junto com engenheiros de segurança do

trabalho. O médico do trabalho, auxiliado pelos nutricionistas e clínicos atuam na eliminação ou controle dos estímulos bioquímicos. Já os estímulos psíquicos são de eliminação ou controle bem mais complexos, necessitando de uma abordagem mais ampla e da atuação, muitas vezes, de profissionais da área da saúde mental, abordaremos com maiores detalhes; esta variedade de estímulos.

Os estímulos psíquicos podem atuar na gênese do estresse, através de três classes de ação distintas: ação primária: quando os distúrbios emocionais são a causa direta do estresse; ação participante: quando atuam em conjunto com outras classes de estímulos; e ação secundária: quando surgem como sintoma de estresse, provocando um ciclo vicioso que leva a um agravamento do quadro.

O combate ao estresse pode ser encarado sob o aspecto preventivo, em que podemos atuar nos três níveis básicos da prevenção, ou seja, a promoção da saúde, o diagnóstico precoce com tratamento adequado e finalmente a reabilitação, que caracterizam os níveis de prevenção Primária, secundária e terciária, respectivamente.

### **Prevenção Primária**

O mesmo autor considera que neste nível, as medidas adotadas assumem um caráter coletivo. Não se procura atingir este ou aquele indivíduo em particular, mas sim todo o grupo de trabalhadores. Tenta-se prevenir a ocorrência ou diminuir a incidência em uma população durante um determinado período de tempo. O objetivo não é que uma determinada pessoa não venha a ser acometida pelo estresse, mas sim, diminuir o risco de que toda a população em questão sofra os efeitos deletérios desta condição e, ainda que se alguns indivíduos forem



acometidos, seu número seja reduzido e que as conseqüências sejam as mais brandas possível.

Este nível primário de prevenção pode ser subdividido em promoção da saúde mental e proteção específica ao estresse.

A promoção da saúde mental pode ser obtida pela provisão de meios físicos, psicossociais e sócio-culturais:

-provisão de meios físicos: nesta fase deve-se prover o organismo com recursos para a manutenção da saúde mental e proteção contra agentes nocivos, sejam eles infecciosos, traumáticos, ou tóxicos. Incluem-se aqui a alimentação, vestuário, exercícios físicos, estimulação sensorial, entretenimento, férias, etc.

- provisão de meios psicossociais: com o objetivo de estimular o desenvolvimento cognitivo e afetivo, que pode ser adquirido com a oportunidade da satisfação das necessidades pessoais. Enquadram-se aqui as necessidades de dar e receber afeto, amor, contatos sociais, controle em atividades coletivas como grau de submissão à autoridade, necessidade de apoio, etc.

- provisão de meios sócio-culturais: as oportunidades adequadas para um saudável desenvolvimento da personalidade dificilmente são encontradas em um grupo ou sociedade desfavorecidos ou instáveis. Por outro lado, os valores culturais podem afetar os meios físicos e os meios psicossociais.

A proteção específica contra o estresse é naturalmente mesclada com a promoção da saúde mental, pois, embora os estímulos físicos, químicos e bioquímicos possuam grande importância na gênese do estresse, são os estímulos psíquicos os mais importantes, uma vez que atuam de várias maneiras e com raríssimas exceções, estão sempre presentes como causa ou agravantes do *distress*.

Tal nível de prevenção é composto por três elementos básicos, a promoção de um adequado relacionamento no trabalho; o enfoque do trabalhador como homem-organização; e o uso de relaxamento muscular e do treinamento autógeno.

1. relacionamento adequado no trabalho: pode ser obtido através da compreensão da motivação para o trabalho dos empregados. O líder que não conhece os anseios de seus liderados irá fatalmente dirigir seu grupo de modo errôneo, administrando de forma inadequada. Conhecido este ponto, será então possível tornar o ambiente de trabalho motivador, dotado de um estímulo de administração que possibilite ao empregado maior eficiência, realização e felicidade. Um adequado treinamento dos líderes nos vários cargos e funções é cada vez mais comum nas diversas empresas, com a finalidade de aumentar a produtividade. Tem-se observado que o ambiente de trabalho bem administrado está em proporção direta com a queda do estresse patológico;

2. enfoque homem-organização: o relacionamento no trabalho, por mais motivador e bem administrado que seja, promove o chamado homem de equipe, aquele que sabe viver na organização, que tem o espírito de coletividade. Se este fato aumenta a produtividade do indivíduo, a médio e longo prazos, produz estresse, já que a característica do espírito de equipe é a de que cada um deve abdicar um pouco de sua significação.

Revela-se que a perda da experiência da auto-significação conduz a um tipo especial de ansiedade chamado às vezes de angústia da insignificação, ou, ainda, medo do nada. Um aumento da significação de cada um pode ser obtido com medidas que reforcem a individualidade. Se isto não pode ser realizado no ambiente de trabalho, por eventualmente colocar em risco os objetivos da

empresa, uma orientação dos fatores que aumentam a auto-estima e a significação individual fora do trabalho é aconselhável.

Relaxamento muscular e treinamento autógeno: a reação de emergência característica do estresse é possivelmente integrada com áreas específicas do hipotálamo, especialmente a anterior e a lateral. Estudos experimentais comprovaram, em gatos, esta relação. Nestes animais, a extirpação de áreas do hipotálamo posterior provoca hipodinamia e queda da pressão arterial, com diminuição da frequência respiratória, que foram interpretadas como um mecanismo de proteção contra o estresse excessivo, através da promoção de processos restauradores. Essa resposta, aparentemente, também existe no ser humano e foi denominada de resposta de relaxamento. Ela pode ser obtida através de técnicas específicas, cuja maior característica é a promoção de atividade reduzida do sistema nervoso simpático, justamente aquela que se encontra exacerbada nos indivíduos expostos ao estresse. Estas técnicas são compostas de três elementos básicos, o relaxamento da musculatura estriada, a mudança da atividade nervosa autônoma e o aprofundamento da consciência, o que possibilita a auto-sugestão e a introspecção. Podem ser ensinadas em massa, necessitam de poucos minutos por dia e podem ser adequadas à sintomatologia predominante. Tem como desvantagem a necessidade de supervisão médica adequada, já que efeitos colaterais podem ocorrer, necessitando de intervenção. Podem acontecer sensação de flutuação, lacrimejamentos e distúrbios visuais. O uso excessivo dessas técnicas, por muitas horas durante o dia, durante muitas semanas, pode provocar sintomas que variam desde insônia até manifestações psicóticas. Pacientes que fazem uso de propranolol podem desenvolver bradicardia intensa. Casos de hipoglicemia

também podem ser observados em pacientes diabéticos que fazem uso de insulina. Estes efeitos colaterais são, geralmente, de natureza episódica, pouco frequentes e relativamente fáceis de ser controlados.

### **Prevenção Secundária**

Tal nível de prevenção assume um caráter individual e visa a diminuir a prevalência do estresse através de um diagnóstico precoce e de tratamento efetivo. O diagnóstico de um caso de estresse dependerá da forma como ele se apresentar, ou seja, de forma aguda ou crônica, uma vez que cada uma delas apresenta as suas manifestações características, já abordadas anteriormente.

A bibliografia consultada, já supra citada considera que as medidas terapêuticas podem ser resumidas em proporcionar oportunidades para evitar o estresse; tentativa de modificação da fonte de estresse e transformação da atitude e reação frente ao estresse.

Na fase de reação aguda ao estresse, a sintomatologia abrupta pode predominar em uma das três áreas básicas, subjetiva-cognoscitiva, vegetativa ou motora, ou, o que é mais comum, ser uma mescla destas diferentes áreas.

O esclarecimento sobre a etiologia do processo é obrigatório, como uma forma de se eliminar causas não psíquicas de estresse. A partir daí, o tratamento inicialmente é sindrômico, encarando a situação como uma crise passageira e evitando sua protelação. Este momento é extremamente propício para se adotar medidas terapêuticas de curto, médio e longo alcances, principalmente porque: as pessoas são facilmente influenciáveis nesses momentos; a dor emocional propicia reforço para as transformações; as crises resultantes de condições externas mais poderosas do que as condições intrapsíquicas podem ser coadjuvadas por pessoal com menor treino em saúde mental.

O tratamento específico poderá ser constituído de medidas psicoterápicas e medidas acessórias.

As **medidas psicoterápicas** têm como objetivo básico o alívio do paciente e sua volta ao estado anterior à crise. Esta psicoterapia será focal, de curta duração e não há necessidade de investigação da personalidade pré-mórbida do paciente, a não ser quando isto puder elucidar a crise atual.

Os objetivos principais dessa psicoterapia são a identificação dos fatores desencadeantes da crise, propiciar ao paciente condições para o reconhecimento de fatos ou pessoas capazes de causar estresse, orientar sobre a sua sintomatologia, orientar sobre a dinâmica causal da patologia e sobre o reconhecimento de seus sinais e sintomas, propiciar condições para o reconhecimento de fatores desencadeantes e ensinar métodos para enfrentar adequadamente as situações desencadeantes.

Na eventualidade do surgimento de sinais de cronificação, iniciar abordagem adequada. que é aquela preconizada para o tratamento de estresse a longo prazo.

As **medidas acessórias** terão sua indicação e avaliação da possibilidade de uso no transcorrer da psicoterapia, incluindo-se aí a Hipnose, o uso de Psicofármacos, a Terapia Ocupacional e a Terapia de Grupo.

**Hipnose:** este valioso instrumento tem seu emprego plenamente justificado junto com a terapia de emergência como ansiolítico, facilitando o *insight* e possibilitando reforços positivos para mudanças de conduta . Ao iniciar terapia sob hipnose ou auxiliada por ela, é importante eliminar temores ligados a idéia de imobilidade e morte; retirar seu caráter mágico, eliminando expectativas de

resultados supranormais com o seu emprego; estar ciente de que nem todos os sintomas cedem com a hipnose.

**Psicofármacos:** quando utilizados com indicação precisa e na dosagem correta para se evitar ao máximo os efeitos sedativos, que diminuem a concentração e a motivação, são um excelente meio de abordagem das crises. Indicados principalmente na fase aguda.

**Terapia Ocupacional:** especial atenção deve ser dada às atividades recreativas durante a crise aguda, evitando-se, no entanto, sempre que possível, ausentar-se do local de trabalho. As "férias terapêuticas", quando mal indicadas, atuam como reforço para o paciente evitar situações e pessoas estressantes, funcionando como uma fuga e desestimulando o encontro com a realidade.

**Terapia de Grupo:** o grupo terapêutico pode funcionar após debelada a crise, como complemento da psicoterapia individual, ou ainda substituindo-a em alguns casos específicos. Nos casos em que já estiver instalada uma **Reação Crônica** devido a uma sobredose de estresse, provocando alterações orgânicas, deve-se instituir um plano de tratamento adequado. Para tanto, a maior dificuldade encontrada é a triagem dos pacientes, que de maneira geral, só procuram tratamento quando sua situação já se encontra agravada pelo avanço do quadro, ou, então, quando ocorrem reagudizações.

Nestas situações, podemos recorrer à utilização de testes, levando em conta as três áreas afetadas pelo estresse no ser humano. Estes testes devem ser elaborados levando-se em conta cada ambiente de trabalho em especial, com listagem dos fatores particulares de cada um deles.

Nesta fase, o tratamento preconizado está concentrado na retirada ou mudança dos estímulos agressivos; na transformação da atitude e reação frente

ao estresse e na eliminação da sintomatologia somática. O arsenal terapêutico a ser empregado é o mesmo da reação aguda e inclui a psicoterapia e as medidas acessórias como hipnose, terapia de grupo, terapia ocupacional e tratamento farmacológico.

### **Prevenção Terciária**

É citado que reabilitação e reintegração devem ser integradas aos processos de diagnóstico e terapêutica, visando a evitar ao máximo o afastamento do trabalhador de seu ambiente profissional. Na realidade, esta fase de prevenção deveria iniciar antes mesmo de que qualquer patologia esteja instalada, já que os distúrbios emocionais provocam obstáculos importantes à reintegração, em função do caráter preconceituoso disseminado. Deve-se abordar e buscar a eliminação destes preconceitos em conjunto com outras medidas comunitárias.

A manutenção do indivíduo em seu ambiente habitual de trabalho após um episódio de reação ao estresse, tanto agudo quanto crônico deve ser o objetivo principal de qualquer programa para controle desta situação. A mudança para outro tipo de atividade afeta a auto-estima e a motivação, só devendo ser efetuada quando se esgotarem todas as medidas terapêuticas.

No meio, adquire importância especial a busca do auxílio doença como tentativa de recuperação psíquica. Este benefício previdenciário poderá atuar como substituto do real auxílio que o trabalhador necessita. Estabelece-se assim uma relação neurótica que fatalmente evoluirá para a cronicidade.

O princípio básico que deve ser lembrado a cada possibilidade de afastamento é o de que a capacidade de assumir responsabilidade é passível de atrofia, como se fosse um músculo que deixa de ser utilizado.

Qualquer medida para enfrentar o estresse deve contemplar as três áreas básicas do ser humano, a saber: a biológica, a psicológica e a social. Qualquer programa que não esteja apoiado sobre este tripé estará fadado ao fracasso. Lista-se, a seguir, algumas medidas úteis para a prevenção e o combate ao estresse ocupacional.

**Físicas:** técnicas de relaxamento; alimentação adequada; exercício físico regular; repouso, lazer e diversão; sono apropriado às necessidades individuais; medicação, se necessário e sob supervisão médica.

**Psíquicas:** psicoterapia; auto conhecimento; novas estratégias de enfrentamento da situação; realizar atividades prazerosas durante o tempo livre; avaliar periodicamente a qualidade de vida; avaliar os limites de tolerância e exigência; convivência menos conflituosa no trabalho.

**Sociais:** revisão das formas de organização do trabalho com mudança no sistema de poder com sua equalização e eliminação de trabalho coercitivo e repetitivo: aperfeiçoamento dos métodos de trabalho com incremento da participação e da motivação; melhoria das condições sócio-econômicas; investimento na formação pessoal e profissional; aprimoramento do auto-conhecimento acerca dos problemas médicos e sociais; adequado planejamento econômico, social e da saúde.

Revela-se que os programas de prevenção e combate ao estresse podem estar relacionados a três áreas Principais: ao meio ambiente; à motivação e desenvolvimento profissional e à performance do organismo.

Os programas de preservação do meio ambiente podem ser de várias naturezas, como revisão na distribuição dos postos de trabalho, revisão da planta



da empresa como um todo, as da proteção coletiva e uso de tecnologia limpa, despoluição da água, recuperação do solo, reflorestamento, etc...

Os programas de motivação e desenvolvimento profissional são criados para ampliar ou rever perspectivas de capacitação profissional, permitir o desenvolvimento de potencialidades e talentos, favorecer a participação na tomada de decisões, projetos de pós-trabalho e formação de empreendedores.

Ainda, os programas específicos de saúde pessoal são os de condicionamento físico, sessões de relaxamento, exercícios de postura no trabalho, programas de lazer, musicoterapia e fisioterapia de alongamento.

O esforço maior do médico ao combater o estresse é não só capacitar o homem para o trabalho. Levando-se em conta que a capacidade de assumir responsabilidade está estritamente relacionada à vida de relação, e que esta é parte integrante da "provisão de meios psicossociais" da prevenção primária, estar-se-á fechando o ciclo e cumprindo com a função de promover a saúde como um todo.

Como foi demonstrado até aqui, o assunto estresse é extremamente amplo e abrangente sendo essa condição determinada pelas mais diversas situações e estímulos, que sejam de características inerentes ao próprio ambiente de trabalho, como por exemplo ruído excessivo ou temperaturas extremas, até condições particulares do próprio trabalhador e da forma com que ele se relaciona com o processo produtivo.

Desta maneira, qualquer programa que vise a controlar o estresse ou reduzir os prejuízos por ele provocados deve ter sempre como guia que sua atuação não se restringirá somente a realizar palestras ou estimular atividades físicas como forma de relaxamento. Não que estas medidas não sejam válidas e

não possuam o seu lugar de destaque dentro do arsenal de medidas que poderemos empregar com esta finalidade.

O profissional de saúde ocupacional que se aventurar neste campo deverá estar ciente que sua atuação necessitará amplo conhecimento de todo o processo de trabalho, bem como das condições ambientais, da relação do trabalhador com sua atividade, dele com seus colegas e com seus superiores e, fundamentalmente, dele consigo mesmo.

Se por um lado ambientes de trabalho com condições extremas são o primeiro passo para a instalação de quadros de estresse, por outro, as características individuais de personalidade do trabalhador serão também fundamentais neste processo. Nos dias atuais, importância cada vez maior vem sendo dispensada às questões psicológicas que envolvem o trabalhador e seu meio, a ponto de que um número cada vez maior de empresas está contratando profissionais da área da saúde mental para atuar na prevenção e combate ao estresse.

O conjunto de medidas para abordagem do estresse devem contemplar os três aspectos básicos do ser humano, o biológico, o psicológico e o social. Estas medidas devem obedecer aos princípios de ação dirigida com o objetivo de conhecer de forma mais detalhada e completa possível as percepções e as necessidades individuais, grupais e organizacionais.

A partir disso, deve-se criar programas específicos, nunca se esquecendo de que o estresse deve ser entendido como uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida. Quando são bem fundamentadas, estas ações abrem novas perspectivas de qualidade de vida no trabalho.

Alguns programas são mais voltados para o meio ambiente; outros são ligados à motivação e desenvolvimento profissional; outros ainda são diretamente ligados à performance do organismo.

Finalmente, é importante frisar que as reações de estresse não são o vilão da história. Estão presentes em todos os momentos da nossa vida. São tão importantes que não podemos viver sem elas.

Assim como a alimentação e os exercícios físicos, se estiverem dentro de determinados limites são adequados e benéficos, também o trabalho pode ser fonte de satisfação, realização pessoal e profissional. Pode, porém, tornar-se uma verdadeira prisão, um sofrimento.

Acredita-se que com uma abordagem ampla, uma visão do homem como ser bio-psicossocial, possa-se encontrar caminhos não só para o combate ou a eliminação do estresse, mas também para que o ser humano consiga obter de sua relação com o trabalho mais do que somente recompensa financeira, logrando atingir uma realização plena de suas aspirações tanto no campo profissional quanto pessoal, deixando de ser somente mais um número nesse perverso processo de produção.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> MASCI, op.cit., p.13.

## CONCLUSÃO

A mulher, progressivamente, está ingressando nas mais diversas atividades profissionais, observando-se um aumento do contingente feminino no comércio e na indústria.

A par das já tradicionais atividades exercidas exclusivamente pela mão-de-obra feminina (tecelãs, telefonistas, enfermeiras, secretárias, balconistas etc.), encontra-se hoje uma grande diversificação das funções desempenhadas por essa mão-de-obra, porquanto atividades antes efetuadas somente por homens atualmente estão sendo compartilhadas com as mulheres.

Desde a revolução industrial, datada de 1760, competia às mulheres o trabalho de tecelagem, que, na época, sendo artesanal, não exigia das operárias nada mais do que habilidade manual. Mais tarde, com o advento da tecnologia e o surgimento das máquinas, reduzindo-se o emprego de mão-de-obra, melhorando-se a qualidade dos produtos e aumentando-se a produção, impôs-se a necessidade da seleção e qualificação profissional das operárias, atitudes estas antes desprezadas.

As duas grandes guerras mundiais, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico, exigiram o aproveitamento em grande escala da mão-de-obra feminina, criando novas perspectivas e dando ensejo às mulheres de participar ativamente do contexto socioeconômico das nações.

A mulher, até então destinada aos serviços domésticos, submetida a fatores adversos inerentes a essa atividade, passa agora a ser vulnerável a todos

aqueles agentes agressivos existentes nas áreas de trabalho, que até então só atingiam os homens.

Na medida em que o Modo de Produção Capitalista desenvolve-se, as Ciências Sociais no Brasil, não se detiveram a examinar a inserção das Mulheres na força de trabalho independente de sua força muscular, ou seja, inserção motivada pela necessidade econômica, resposta a uma vocação, ou como uma realização pessoal.

Assim sendo, a revolução dos meios econômicos em relação à evolução das necessidades naturais ou físicas, tem influências diretamente sobre a organização da força de trabalho.

A mulher reconquista uma importância econômica que perdera desde as épocas pré-históricas, porque escapa do lar e tem, com a fábrica, nova participação na produção. A força física entre trabalhadores masculinos e femininos se vê, em grande número de casos anulada. Como o súbito desenvolvimento da indústria exige uma mão de obra mais considerável do que a fornecida pelos trabalhadores masculinos, a colaboração da mulher é necessária. Essa é a grande revolução que no século XIX, transforma o destino da mulher e abre, para ela, uma nova era.

Com avanço do processo de industrialização surge a necessidade de um maior exército de reserva de trabalhadores, caso que a massa masculina não atenderia, exigindo assim a presença do trabalho feminino, oportunidade esta, que possibilita a mulher buscar uma maior valorização enquanto ser produtivo.

Igualmente, pode-se considerar que a mulher só poderá se emancipar dentro deste contexto quando tomar parte em grande escala social na produção e não forem mais solicitadas pelos trabalhos considerados de baixo prestígio e

menores rendimentos, via de regra, ligadas a serviços que gravitam em torno das atividades domésticas, de nutrição, saúde, limpeza e vestuário; atividades que muitas vezes representam rebaixamento do custo de produção da força de trabalho. Como atividade predominante os serviços domésticos remunerados representam parcela significativa do contingente da força de trabalho. Constituem-se, como se sabe, majoritariamente, por mulheres, e representam a principal forma de atividade remunerada para a mão-de-obra feminina.

Com um maior número de informação possível a mulher parte para o mercado de trabalho em todos os níveis, competindo ainda que em condições de desigualdade no que diz respeito ao valor da força de trabalho. Conquista esta que vem ocorrendo independentemente da discriminação existente no âmbito do mercado de trabalho.

Sem embargos, os progressos recentes nas relações de produção aceleram o ritmo desse processo, assumindo assim, considerável importância nas sociedades industrializadas. Na verdade torna-se de grande importância para a mulher trabalhadora a fragmentação do poder, e isto vem ocorrendo principalmente pelo acesso ao saber que atualmente ocorre de forma mais democrática.

Importante é salientar que independente da evolução da mulher no mercado de trabalho assalariado/remunerado, ela continua a desenvolver em muito, atividades não remuneradas durante o período livre, ou seja, fora da fábrica, como é o caso das obrigações familiares; de saúde, religiosa, entre outras, embora estas atividades sejam consideradas como trabalho, diferem pela ausência de remuneração. Neste caso as tarefas domésticas ou similares, não podem, contudo, ser comparadas ao trabalho profissional remunerado.

É considerável anotar que o sexo feminino tolera e suporta mais determinadas atribuições, manifestando-se por uma capacidade produtiva bem superior a dos homens. Na verdade as Mulheres trabalham pelos mesmos motivos que os homens os fazem. Em primeiro lugar pelo dinheiro que ganham e depois por outras satisfações como produtividade e realização, desafio, reconhecimento e *feed-back*, bem estar psicológico e físico, e autonomia.

A sociedade machista subjugou a mulher durante séculos, impedindo o acesso feminino aos bens de capital, ao trabalho; quando a mulher participava da sociedade sempre foi à sombra do homem, que determinava quais as atividades ela poderia desempenhar, porém para os dominantes da sociedade o importante era que a fêmea permanecesse no lar, cuidando-o de maneira adequada; a consequência deste sistema, foi a submissão da mulher, e seu ingresso mais tardio no trabalho.

A construção de uma identidade verdadeiramente humana se dá no real, na vida material, em um processo longo que se dá mediante inúmeras variáveis naturais e sociais. Na fase do clã o social é pouco desenvolvido, circunscrito ao social imediato do clã, o individual não existe, havendo apenas a busca do imediato: a manutenção e sobrevivência da espécie. Mas através do desenvolvimento de suas atividades rudimentares é lançada a base produtiva, gancho para uma nova fase. Na sociedade mercantil o social já se apresenta pela troca, destacando os indivíduos proprietários privados de pequena produção. A necessidade da troca proporciona a racionalização do que produzir, pelo que trocar e com quem trocar. A cooperação efetiva, fase seguinte dessa trajetória, se realiza por inteiro via processo de trabalho manufatureiro com o desenvolvimento da produção capitalista. Surge o controle de produção, do processo de trabalho e

o controle da ação de cada trabalhador. A cooperação manufatureira, ao realizar-se no processo de produção, põe o indivíduo, principalmente o homem, como expressão sua. Nessa etapa o processo de individualização da mulher fica bastante limitado, uma vez que o instrumento básico de trabalho exige enorme dispêndio de força física. No período da grande indústria o modelo de produção capitalista, a relação capital/trabalho, passa por uma profunda mudança. A substituição da força física do trabalhador pela máquina visando ao lucro tende a ampliar a mão-de-obra, empregando maior número de trabalhadores. Os do sexo masculino, já na manufatura, estavam no mercado de trabalho. O capital encontra disponível quem já é considerado "inferior" no mundo do trabalho: mulheres e crianças. Este novo contingente de mão-de-obra mais barata provoca a transformação de grande número de trabalhadores masculinos em exército de reserva.

Ao responder ao chamamento do mercado, a mulher passa a se colocar dentro da divisão social do trabalho. Ela se faz, não por uma luta contra o capital mas, mesmo dentro dele, estabelece questões que até então não pudera elaborar, se assume em um trabalho igual ao do homem, se coloca enquanto gênero, lutando por direitos iguais, questionando a relação homem/mulher se distinguindo do mundo natureza, saindo de uma realização puramente intencional, se fazendo pelo ato.

Na primeira metade dos anos oitenta ocorre uma união entre grupos de mulheres trabalhadoras, grupos feministas, algumas organizações sindicais, partidos e alguns setores que atuam nas instituições de administração do Estado. Vários desses grupos chegam por caminhos diferentes à necessidade de repensar a divisão sexual do trabalho. Grupos de mulheres conseguem criar um



novo estilo de reflexão, de mobilização, de debate frente aos tradicionais parâmetros da cultura sindical, conseguem colocar-se em posições tradicionalmente ocupadas pelos homens nas diretorias das organizações sindicais, nos partidos políticos, associações, comitês, etc. Os movimentos de mulheres trabalhadoras se propõem a esclarecer e manter a especificidade feminina no interior da abordagem classista.

A Medicina do Trabalho tem como objetivo a prevenção de danos à saúde conseqüentes a atividade laborais. A legislação brasileira estabelece através da NR-7, aprovada pela Portaria n° 24 de 29/ 12/94, um Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, o PCMSO, que entre outras atividades deve incluir a realização obrigatória dos exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissional.

Os exames periódicos permitem ao Médico do Trabalho controlar e prevenir a incidência de doenças ocupacionais na comunidade operária pela qual é responsável, baseado nos dados previamente coletados sobre os riscos ocupacionais, fatores potencialmente causadores de doenças existentes naquele universo de trabalho. É importante salientar que o PCMSO é um processo dinâmico e que deve acompanhar o desenvolvimento tecnológico dos processos produtivos que vêm ocorrendo de modo acelerado, trazendo muitos benefícios ao trabalhador mas também introduzindo novos fatores de risco até então desconhecidos.

O incremento das inovações tecnológicas e organizacionais e a descentralização e abertura do mercado internacional estabelece novas oportunidade de formação profissional e outras modalidades de execução das atividades produtivas, exigindo, dessa forma, uma massa de conhecimento e

atitudes bastante diferentes das qualificações formais requeridas pela organização tipo taylorista-fordista (expressão utilizada por HIRATA, 1992). Mesmo havendo a requalificação, esta não tem a mesma extensão, nem o mesmo alcance, para as mulheres e para os homens.<sup>62</sup>

Essas inovações quando implantadas seletivamente podem reforçar a segregação das mulheres no mundo do trabalho, com a coexistência de dois setores. Um flexibilizado masculino e outro taylorizado feminino, reproduzindo o fosso entre o trabalho qualificado masculino e o trabalho desqualificado feminino.

Os impactos sociais provocados pelas inovações tecnológicas, é fundamental considerar suas conseqüências diferenciadas não só com relação aos países, mas também com relação as forças de trabalho feminina e masculina.

A introdução da tecnologia microeletrônica, ao se eliminar trabalhos pesados e sujos, iria se permitir uma real igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho; crença desmentida ao longo do tempo, pois se mantiveram as diferenças entre o trabalho qualificado dos homens e o trabalho desqualificado das mulheres. O novo modelo de flexibilização acaba por colocar as mulheres em formas de emprego atípicas, como contratos de curta duração ou empregos em tempo parcial, na maioria das vezes existindo uma justaposição do taylorismo às novas técnicas flexíveis.

No caso do Brasil, essa situação fica ressaltada quando, na incorporação das novas tecnologias, esta acontece de forma parcial e seletiva, concentrada em grandes empresas ou feita em pontos estratégicos da produção, se caracterizando a heterogeneidade tecnológica.

---

<sup>62</sup> HIRATA, H. **Revista de economia política**, 1984, p.89-107.

Apesar do grande número de Leis que tentam proteger a mulher, percebe-se que esta ainda está em desvantagem no mundo do trabalho.

Sendo assim, a mulher ainda tem muito a conquistar no mundo do trabalho, afinal a sociedade capitalista vem passando por uma verdadeira revolução. Dentro deste processo a mulher deve apropriar-se de informações a fim de que possa ela competir em condições mais próximas da igualdade na nova sociedade que ora se constrói, independente de uma proteção institucional.

Em certas situações algumas destas proibições paradoxalmente assumem caráter discriminatório, impedindo que o trabalhador feminino possa assumir determinados cargos ou desempenhar algumas funções que lhe trariam melhor remuneração.

Em outras palavras, a mulher deve apropriar-se de informações a fim de que possa competir em condições de igualdade na nova sociedade que ora se constrói, independente de uma proteção institucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, L. "Novas Tecnologias, Difusão Setorial, Emprego e Trabalho no Brasil: Um Balanço". **Bib-Boletim Informativo Bibliográfico de Ciências Sociais/ANPOCS**, 1990, p.19-65.
- BELLAMY, Richard. **Liberalismo e sociedade moderna**. São Paulo: Unesp, 1994.
- BRUSCHINI, Cristina. "Sexualização das ocupações: o caso brasileiro". **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: FCC, 1979, p.5-20. (separata)
- \_\_\_\_\_ "Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher". São Paulo: Nobel/Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.
- \_\_\_\_\_ "Tendências da força de trabalho feminina brasileira nos anos setenta e oitenta: algumas comparações regionais". São Paulo: FCC, 1989 (Textos FCC n. 1)
- \_\_\_\_\_ "Mulher e mundo do trabalho: ponto de vista sociológico", in BRANDÃO, M.L.R. ; BINGEMER, M.C.L. (org). **Mulher e Relações de Gênero**, São Paulo: Loyola, p. 115-30, 1994. (Seminários Especiais, Centro João XXIII)
- \_\_\_\_\_ "O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes". SAFFIOTI, H.I.B.; MUNOZ-VARGAS, M. (org) **Mulher brasileira é assim**, Brasília: Rosa dos Tempos/UNICEF, 1994, p. 63-93.

\_\_\_\_\_ "O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes". In LAVINAS, L (org) **II Seminário Nacional: Políticas Econômicas, Pobreza e Trabalho**. Rio de Janeiro: IPEA, 1994, p. 3-25 (Seminários, 7)

\_\_\_\_\_ "O trabalho da mulher no Brasil: comparações regionais e considerações sobre o Mercosul", São Paulo, Seminario Mujer y Mercosur, 1995 (mimeo)

\_\_\_\_\_ "Maternidade e trabalho feminino: sinalizando tendências; Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil". **Family Health International**, EUA: FHI, 1995, p. 29-53.

\_\_\_\_\_ "Desigualdades de gênero no mercado de trabalho brasileiro: o trabalho da mulher nos anos 80". FERNANDES, R. (org), **O Trabalho no limiar do século XXI**, São Paulo, LTr/ABET/OIT, 1995, p 83-119.

\_\_\_\_\_, LOMBARDI, M. Rosa, "O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa". **Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte: Anais do Encontro Nacional da ABEP, 1996, p. 483-516.

\_\_\_\_\_ "Trabalho das mulheres no Brasil. Continuidades e mudanças no período 85/95", São Paulo: FCC, 1998. (Textos FCC,17)

\_\_\_\_\_ "Gênero e trabalho feminino no Brasil - novas conquistas ou persistência da discriminação? Brasil, 1985-1995". São Paulo: ABEP/NEPO, Seminário Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios, 1998.

CANO, Wilson. **Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem Internacional**. Campinas (SP): Unicamp, 1994.

- CHAVES, Eduardo. **Tecnologia E Educação**. Brasília: Coleção Informática para mudança na Educação, 1999.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA apud VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6, Curitiba: Gênese, 1998.
- COPÉE apud VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6, Curitiba: Gênese, 1998.
- CUNHA, R.S. **Os novos direitos da mulher**. São Paulo: Atlas, 1990.
- D'AMBROSIO, Ubiratan. **Educação Para Uma Sociedade Em Transição**. Campinas, SP : Papyrus, 1999.
- FREITAS, Fernando. "Anticoncepção", **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.136-147.
- \_\_\_\_\_. "Doenças Sexualmente Transmissíveis". **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.85-102.
- \_\_\_\_\_. "Neoplasias Malignas do Colo Uterino". **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.206-214.
- \_\_\_\_\_. "Patologia Maligna da Mama". **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.241-256.
- \_\_\_\_\_. "Amamentação". **Rotinas em obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.136-147.
- GORZ, André. "Saindo da sociedade do trabalho assalariado". São Paulo em **Perspectiva - SEADE**, São Paulo, v. 9, n. 3, jul./set. 1995.

- HERRRERA, Amilcar O. “As Novas Tecnologias E O Processo De Transformação Mundial”. In **Acesso, Revista de Educação e Informática**, São Paulo: FDE 1993.
- HIRATA, H. “O emprego industrial feminino e a crise econômica brasileira”. **Revista de Economia Política**, 4 (4):89-107, 1984.
- LEVY, Pierry. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- LITTO, Frederic M. “Repensando A Educação Em Função Das Mudanças Sociais E Tecnológicas Recentes”. In **Informática em Psicopedagogia**. São Paulo: SENAC, 1996, p. 85-110.
- MACEDO apud VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6, Curitiba: Gênese, 1998.
- MARANO, V.P. **Medicina do trabalho**. 3. ed. São Paulo: LTr, 1997.
- MASCI (1988) apud VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6, Curitiba: Gênese, 1998.
- NEVES, Carmem Moreira de C. “Critérios De Qualidade Para A Educação À Distância”. In **Revista Tecnologia Educacional**. nº 141, p. 13-17. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Tecnologia educacional, 1998.
- NOGUEIRA (s.d.) apud MARANO, V.P. **Medicina do trabalho**. 3. ed. São Paulo: LTr, 1997.
- SANTOS, Milton. “O retorno do território”. In: **Território; Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, Theotônio dos. “O Estado é o grande empregador”. **Cadernos do Terceiro Mundo**, Rio de Janeiro, n. 74, p. 25-29, jun. 1994.

SCHIFFER, Sueli Ramos. “A globalização da economia e o território nacional”.

Indagações prospectivas. In: **Território - Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

STORPER, Michael. “Desenvolvimento territorial na economia global do

aprendizado: o desafio dos países em desenvolvimento”. In: **Globalização, fragmentação e reforma urbana: o futuro das cidades brasileiras em crises**.

Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

VIEIRA, Fábila Magali S et al. “As Implicações da Revolução Tecnológica e

Científica para a Sociedade Mundial”. NTE-MG7/Montes Claros. Artigo capturado da Internet na URL://www.trabalhofeminino.gov.br.html. em 23/11/1999.

VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.4, Curitiba: Gênese, 1998.

\_\_\_\_\_. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6, Curitiba: Gênese, 1998.

\_\_\_\_\_. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.1, Curitiba: Gênese, 1998.

WEISS (1993) apud VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho**. 2. ed. V.6,

Curitiba: Gênese, 1998.