

Estado de saúde de um grupo de trabalhadores da indústria de celulose

Health status of a group of cellulose industry workers

Maria Elisa Gonzalez Manso*

185

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(2):185-191

Resumo

Ambiente de trabalho saudável, segundo a Organização Mundial de Saúde, é aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram em um processo de melhoria contínua com a finalidade de proteger e promover a saúde, a segurança e o bem-estar de todos os colaboradores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho. Este artigo trata de uma parte de um programa que vem sendo implantado por uma empresa vinculada à indústria do ramo papeleiro, especificamente no domínio biológico e com vistas à promoção da saúde. São apresentados os resultados obtidos por um *screening* realizado tanto em plantas industriais da região Sudeste quanto da região Norte, apontando para as diferenças encontradas. Nesse caso, o que se quis ressaltar são os desafios não apenas de implantar os programas propriamente ditos, mas de considerar realidades culturais, sociais e epidemiológicas tão diversas.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho. Promoção da Saúde. Perfil de Saúde.

Abstract

Healthy workplace, according to the World Health Organization, is one in which workers and managers collaborate in a process of continuous improvement in order to protect and promote health, safety and welfare of all employees and sustainability of the environment. This article is a part of a program which has been implemented by a company linked to a papermaking industry, specifically in the biological domain and aiming at health promotion. It presents the results obtained by a "screening" performed both in industrial plants in the Southeast and in the Northern region, pointing to the differences found. In this case, we highlight the challenges, not only in deploying the programs themselves, but those coming from so diverse cultural, social and epidemiological realities.

Keywords: Working Environmet. Health Promotion. Health Profile.

* Médica. Bacharel em Direito. Mestre em Gerontologia PUC-SP. Doutoranda em Ciências Sociais PUC-SP. Pós-graduada em Gestão de Serviços de Saúde e Gestão de Negócios, FGV-SP. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: mansomeg@hotmail.com

A autora declara não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O termo Promoção da Saúde foi primeiramente utilizado por Henry Sigerist no início do século XX, relacionado a ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado desenvolvidas com a finalidade de melhorar as condições de vida da população¹.

Leavell e Clark, em meados do século XX, ao descreverem a “História Natural da Doença”, destacavam que, a fim de intervir no conjunto de inter-relações que ocorrem entre o organismo suscetível, o agente e o meio ambiente, as ações de promoção da saúde e proteção específica seriam indicadas¹.

Em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em que foi promulgada a Carta de Ottawa, marco conceitual importante no que tange à promoção da saúde. A Carta define promoção da saúde como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo para viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (p. 19)².

A partir dos anos 80, podem ser observadas outras iniciativas de caráter global / internacional / regional que se seguiram à Ottawa, culminado com várias conferências sucessivas que ressaltam a importância de políticas públicas saudáveis e a gravidade das doenças crônicas no mundo e a necessidade do combate aos seus fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, colesterol elevado, obesidade, entre outros².

Promoção da saúde, segundo Buss³, é termo associado a um conjunto de valores, tais como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, entre outros. Esses valores, por sua vez, são dependentes de uma combinação de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Visa, portanto, à responsabilização múltipla tanto pelos problemas quanto pelas soluções propostas.

O'Donnell⁴, revisando o conceito de promoção da saúde, destaca que se trata de ciência e arte que auxilia os indivíduos a modificarem seu estilo de vida com a finalidade de atingirem um estado ideal de saúde. Esse último seria alcançado mediante o equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a sinergia dos pontos positivos. Essa mudança de estilo de vida é alcançada, segundo ele, pela combinação de informação, motivação, construção de conhecimentos e oportunidades para práticas positivas de saúde.

Sobre o conceito de estilo de vida, Nahas⁵ destaca que esse corresponde às ações habituais e cotidianas que refletem as atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas. Seus componentes podem mudar ao longo da vida, desde que a pessoa perceba algum valor na mudança e se sinta capaz de realizá-las. Relaciona-se ao conjunto de hábitos e comportamentos, sendo que, atualmente, tem sido valorizado principalmente no que tange à alimentação e sedentarismo.

Ogata⁶ destaca que o foco principal da promoção da saúde é o aumento da capacidade dos indivíduos ou grupos para que controlem sua saúde e possam melhorá-la. A esse processo, denominado empoderamento, voltam-se essas ações no sentido da melhoria da qualidade de vida mediante o desenvolvimento de hábitos e estilos saudáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷ ressalta ser a saúde dos trabalhadores e seu bem-

-estar vitais para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas. Destacando o número de óbitos e incapacidades decorrentes dos acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, como a depressão, vem propondo desde 1996 uma série de ações.

Destarte define “ambiente de trabalho saudável” como aquele em que trabalhadores e gestores colaboram para um processo de melhoria contínua com a finalidade de proteger e promover a saúde, a segurança e o bem-estar de todos. Para tanto, o empregador deve identificar necessidades relacionadas à saúde e segurança do ambiente de trabalho, tanto do ponto de vista físico quanto psicossocial. Nesse último ponto, incluem-se a organização e a cultura local de trabalho.

Segue, ainda, a OMS destacando ser o local de trabalho um espaço para promoção da saúde e atividades preventivas, com vistas não apenas aos acidentes de trabalho, mas para avaliar e melhorar a saúde geral das pessoas, apoiando e acolhendo os colaboradores com mais idade, além dos portadores de deficiências e doenças crônicas. De tal modo, cita como exemplo a implantação de programas pelos empregadores que estimulem a adoção pelos trabalhadores de um estilo de vida saudável, o combate ao uso do tabaco e de drogas ilícitas e a detecção precoce de doenças crônicas, bem como a facilitação de seu tratamento, uma vez essas últimas instaladas.

Como passo para essas ações, a OMS recomenda a obtenção de dados mediante realização de pesquisa confidencial, ou, em ambientes de negócios menores, um *walk-through* com uma lista de verificação e/ou diálogo entre o gerente, trabalhadores e, idealmente, um profissional de saúde.

Quanto à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), Limongi-França⁸ destaca ser a capacidade de administrar o conjunto das ações, incluindo diagnóstico, implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho, alinhada e construída na cultura organizacional, com prioridade para o bem-estar das pessoas da organização.

A autora propõe um modelo de QVT composto pelas dimensões bio-psico-social-organizacional, BPSO. Na dimensão biológica, destacam-se as ações de promoção da saúde e da segurança ocupacional, controle dos riscos ambientais e atendimento às necessidades físicas em geral; a dimensão psicológica trabalha a promoção da autoestima e o desenvolvimento das capacidades pessoais e profissionais; a social, a oferta de benefícios sociais obrigatórios e espontâneos por parte da empresa e a criação de oportunidades de lazer, esportes e cultura; e a organizacional, a valorização da imagem corporativa, da estrutura organizacional, dos produtos e serviços e do relacionamento da empresa com os empregados.

Dentre as vantagens que os colaboradores auferem com a implantação desse programa destacam-se a contribuição para melhora do estilo de vida, tornando-se mais saudável, da saúde física e mental, da autoimagem e autoestima, do relacionamento. Essas contribuições ocasionam aumento da estabilidade emocional, da resistência ao estresse, da motivação e satisfação do trabalhador, levando a um aumento da eficácia no trabalho e sentimento de valorização.

Para a empresa, o programa de QVT leva à melhoria da produtividade, das condições de trabalho, do relacionamento pessoal e integração entre os empregados, da comunicação e da utilização dos serviços médicos e hospitalares. Essas melhorias são alcançadas com redução do absenteísmo e presenteísmo, redução de dias perdidos por doenças e acidentes e redução de gastos com a utilização de pessoal temporário. Há um reforço positivo da imagem da empresa junto aos clientes, colaboradores e sociedade.

Ogata⁶ destaca que, para as organizações, qualidade de vida relaciona-se à saúde, bem-estar, motivação, comprometimento e, portanto, aumento da produtividade. Ressalta, entretanto, que, para alcançar esses objetivos, um programa de qualidade de vida deve ser efetivo.

Assim, a Gestão Integrada em Saúde com vistas a um programa de qualidade de vida nas

organizações deve inicialmente definir a população alvo, avaliando os fatores de risco, o interesse das pessoas em participar e sua prontidão para a mudança. O passo seguinte é a estratificação do risco, ou seja, as pessoas aparentemente saudáveis e as com riscos moderados devem participar de ações que reduzam fatores de risco e que mantenham sua saúde prevenindo doenças. Para as já doentes e de alto risco, deve-se trabalhar no sentido de evitar complicações e descompensações das doenças.

O programa tem como primeira etapa a pesquisa e avaliação diagnóstica da empresa. É necessário haver um mandato da alta direção para início, estabelecendo-se um comitê *interáreas* e um gestor para o programa, sempre com suporte das lideranças. Uma vez realizada a avaliação diagnóstica, a segunda fase envolve o desenvolvimento da missão e visão do programa, estabelecimentos de metas e objetivos, a designação de um nome para o programa e de uma logomarca. Nessa etapa, o comitê deve definir o modelo e a abrangência do programa, bem como os recursos necessários para sua implantação.

Na terceira etapa, ocorre o lançamento e implantação do programa, inicialmente com ações de comunicação e *marketing*, buscando o conhecimento pela organização do programa. A partir das definições feitas na etapa anterior, realizam-se as ações mediante o estabelecimento de um calendário e de um cronograma do programa.

A quarta e última etapa consta da avaliação. Para um programa de qualidade de vida ter efetividade desejada, as ações devem ser integradas e gerenciadas com indicadores de mensuração de mudanças comportamentais e de impacto econômico.

Este artigo apresenta um primeiro passo na consecução de um programa de QVT implantado por uma indústria de celulose e papel. O passo descrito refere-se à dimensão biológica do programa, tendo sido complementado por avaliações ergonômicas do ambiente de trabalho e riscos ocupacionais. Nessa pesquisa, serão descritos os principais resultados obtidos por um “*screening*” de estado de saúde entre

os colaboradores, utilizados para planejamento das ações em conjunto com os demais dados levantados, bem como os desafios advindos do levantamento realizado.

MÉTODO

Trata-se de *screening* das condições de saúde dos colaboradores de uma indústria de fabricação de celulose e papel. A pesquisa foi realizada nas plantas industriais localizadas tanto na região Sudeste quanto na região Norte do Brasil.

Para consecução do levantamento, foi desenvolvido um instrumento específico pela equipe de pesquisadores, autopreenchível e que foi aplicado após a realização de reuniões com os trabalhadores e com os sindicatos de ambas as regiões, com a finalidade de explicar a intenção da pesquisa, como os dados seriam coletados e como seriam utilizados, ressaltando-se a preservação do anonimato dos respondentes e a confidencialidade dos dados.

Os funcionários foram então divididos pelos gerentes e supervisores em turnos, a fim de que não houvesse interrupção dos trabalhos nas plantas. No caso de trabalhadores analfabetos, ou com dificuldade de leitura, um profissional da saúde auxiliava no entendimento e preenchimento dos dados. Para tanto, os profissionais foram treinados previamente e estavam familiarizados com o instrumento.

Do questionário faziam parte perguntas sobre dados demográficos, morbidade referida, hábitos e os valores de peso e altura, os quais foram utilizados para posterior cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), segundo preconizado pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica⁹.

Fazia parte do instrumento um Termo de Consentimento Esclarecido, conforme Resolução n. 196/96 do CNS sobre pesquisa em seres humanos. O projeto de pesquisa e seu instrumento receberam aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP (Protocolo n. 220/2011). Os dados foram consolidados e tratados mediante o software SPSS.

RESULTADOS

Participaram do *screening* 2568 colaboradores, sendo 1457 (57%) localizados na região Sudeste do Brasil e 1111 (43%) na região Norte. Quanto à distribuição por sexo, a maioria era do sexo masculino (98%).

Dos participantes da pesquisa trabalhando na região Sudeste, a faixa etária prevalente situou-se entre 21 e 30 anos, com 725 colaboradores (49,76%), seguida pelo grupo entre 31 e 40 anos (27,93%). Quanto ao IMC, observou-se que a maioria dos pesquisados encontravam-se na faixa de normalidade: 817 (56%). Destaca-se que 430 colaboradores tinham sobrepeso (30%) e 107 eram obesos (7%). Também foram encontrados 14 trabalhadores abaixo do peso. Os dados de peso e altura eram desconhecidos por 89 (1%) dos participantes.

Quando inqueridos sobre o hábito de fumar, 134 (9%) responderam que eram tabagistas. Quanto ao abuso de drogas, como álcool, cocaína, maconha, entre outras, 179 (12%) referiram seu uso, sendo o maior número de referências relativas ao consumo abusivo de álcool, mencionado por 67 desses funcionários.

Sobre a morbidade referida, os participantes da região Sudeste destacam como principal agravo à saúde que os acomete os problemas ortopédicos, com 16,5% das referências. A seguir surgem: hipertensão arterial, perfazendo 7,5% dos relatos; doenças vasculares, com 7% das citações, e doenças pulmonares, com 6%.

Em relação às plantas industriais localizadas na região Norte, notou-se uma distribuição etária com prevalência de trabalhadores mais velhos que na região Sudeste, com diminuição de colaboradores na faixa de idade entre 21 e 30 anos (38,52%) e aumento nas faixas etárias subsequentes: 31 a 40 anos (31%) e 41 e 50 anos (17,19%).

No tocante ao IMC, notou-se um aumento dos participantes situados nas faixas de sobrepeso e obesidade: 340 (31%) e 96 (9%), mas 113 (10%) dos colaboradores não souberam referir seus dados antropométricos. Notou-se ainda maior porcentagem de indivíduos com baixo peso (2%).

Chamou a atenção o número de fumantes: 210 (19%); e a referência ao uso abusivo de álcool (24%), porém houve menor referência à utilização de outras drogas ilícitas do que o encontrado na região Sudeste.

No que tange à hipertensão, 134 (12%) colaboradores referiram ser portadores na região Norte. A segunda doença mais referida foram os problemas ortopédicos, com 10% dos relatos, seguidos pela doença cardíaca (4%) e diabetes (3%). Observou-se, ainda, entre os trabalhadores dessa região uma elevada menção às doenças sexualmente transmissíveis, em especial a gonorreia, citadas por 1,5% dos respondentes.

DISCUSSÃO

O principal ativo de uma organização é seu capital humano. O homem passa mais da metade de sua vida no ambiente de trabalho. Assim, é fundamental que esse espaço tenha qualidade e que possa proporcionar ao trabalhador oportunidades de melhoria. A transformação do mercado de trabalho faz com que uma organização deva reter seus talentos, pois sua perda implica prejuízos não só na competitividade, mas em custos com a prospecção de novos trabalhadores, treinamento, desenvolvimento, tempo para aquisição de experiência.

A competitividade acirrada também leva a organização a obrigatoriamente reduzir custos, sejam de produção, sejam de qualidade. Com o avanço do setor terciário e as mudanças no mercado consumidor, agregam-se custos, como perda de imagem, perda de clientes por mudanças de perfil de relacionamento, entre outros.

Com a velocidade e quantidade de transformações por que passam tanto o trabalho quanto as organizações e a própria sociedade, as doenças de natureza psicológicas já são hoje um sério problema de saúde pública. Somem-se a essas as doenças crônicas, como a hipertensão arterial, o infarto, o diabetes e a verdadeira epidemia em que se transformou a obesidade, torna-se imperioso que ações sejam tomadas. Um trabalhador adoecido não só produz menos, mas há todo um

custo social não mensurável e que recai novamente para a empresa, seja na forma de tributos, seja no prejuízo à imagem da organização frente a seus clientes e à sociedade.

Há uma série de programas que podem ser implantados nas empresas conforme os objetivos que se pretenda atingir. Apesar da dificuldade de se estabelecer efetivamente o conceito que norteia um programa, observa-se que, para que atinja resultados, deve haver uma gestão séria, baseada não só em conhecimentos técnicos, mas aliada a saberes distintos.

Os programas podem variar desde uma abordagem ampla, como os de qualidade de vida e bem-estar, até aqueles voltados para questões mais pontuais, como os de levantamento de estado de saúde, de prevenção de doenças ou ergonômicos. Para implantação de um programa de QVT nas empresas, nem sempre é necessário agregar altos custos, sendo que há programas realizados em parcerias que também trazem resultados e que podem diminuir o gasto com as ações.

A empresa em tela optou por implantar um programa mais amplo que inclui uma série de outras ações além da aqui descrita. O grande desafio é agregar culturas distintas e diferentes realidades epidemiológicas.

Nota-se pelos dados mapeados que há problemas distintos a serem abordados em diferentes plantas. Assim, na região sudeste, predominam faixas etárias mais jovens, com menor prevalência de obesidade e sobrepeso, com menos fumantes e com menor referência ao abuso de álcool. No entanto, chama a atenção o número de colaboradores que utilizam substâncias ilícitas outras, além da bebida alcoólica, enquanto que na região Norte há vários trabalhadores que referiram abuso do álcool.

Esse é um tema que vem sendo tratado por diversas empresas, pois, além dos riscos à saúde, a utilização tanto de drogas lícitas, como o cigarro, quanto ilícitas, predispõe a um aumento dos acidentes de trabalho, afetam a produtividade dos funcionários e incrementam os custos relacionados à previdência e saúde. As empresas são afetadas pelas faltas, atrasos, indenizações e acidentes, enquanto que os usuários e suas famí-

lias têm suas vidas profundamente marcadas¹⁰.

As empresas devem abordar esse tema, de forma a estabelecer um diálogo com seus funcionários, estabelecendo estratégias de prevenção, alertando sobre os prejuízos advindos do hábito do consumo de drogas ilícitas e lícitas. Como exemplo, destaca-se o programa desenvolvido pelo SESI do Rio Grande do Sul, o Instituto *Ethos* de Responsabilidade Social e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes. Esse é focado na promoção da saúde e de hábitos saudáveis, tendo conseguido resultados como a redução em 16% do número de fumantes, 12,5% no consumo abusivo de álcool, aproximadamente 30% no consumo de outras drogas ilícitas e, do ponto de vista da empresa, 10% de redução de faltas por doença ou incapacidade, 30% na redução de atrasos dos trabalhadores e 34% de redução de acidentes de trabalho provocados pelo consumo de drogas¹⁰.

Observou-se, ainda, a referência feita pelos trabalhadores da região Sudeste aos problemas ortopédicos. As lesões por esforço repetitivo e as doenças ortopédicas relacionadas ao trabalho são danos gerados pela utilização excessiva do sistema musculoesquelético e da falta de tempo para recuperação e estão relacionadas ao ambiente laboral, podendo levar à incapacidade temporária ou permanente¹¹.

Na região Norte, ressalva-se a prevalência das doenças sexualmente transmissíveis. O Ministério da Saúde ressalta a importância da prevenção desses agravos, com destaque para a AIDS, destacando a elevada incidência dessas doenças entre determinados grupos de trabalhadores mais expostos, como os caminhoneiros e a população de garimpo e reservas extrativistas. No tocante às reservas extrativistas, o ministério ressalta a elevada mobilidade das populações e o seu afastamento dos grandes centros¹².

No caso da empresa em pauta, os trabalhadores das plantas da região Norte são, em sua grande maioria, migrantes. Alguns narram que têm família, mas que permanecem por longos tempos sem contato. Pela atividade desempenhada, uma grande parte inclui-se entre os trabalhadores de reservas extrativistas, devendo a empre-

sa ter um trabalho de prevenção específico para esses locais.

Deve-se ressaltar que, inicialmente, o grupo de pesquisadores desejava aplicar dois *screenings* diferentes, porém, tendo em vista o desejo da empresa de padronização, isso não foi feito. Destarte, questões relacionadas às doenças endêmicas na região Norte não foram contempladas. Apesar da não inclusão, notou-se a preocupação desses trabalhadores no que tange, principalmente, à malária e outras endemias transmitidas por vetores, já que, parte desses, trabalha diretamente em áreas expostas. Há grande cuidado no fornecimento de equipamentos de proteção individual para trabalhadores que contemplam essa realidade, mas deve-se sempre considerar essas doenças quando da realização de programas de promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Como mencionado, esse artigo trata de uma parte de um programa de QVT que vem sendo implantado por uma empresa que fabrica celulose e papel. Como passo inicial, foi realizada uma pesquisa que evidenciou semelhanças e

diferenças entre os perfis epidemiológicos, podendo direcionar o planejamento de ações de promoção da saúde voltadas para esses trabalhadores.

Ressalta-se o receio que as organizações têm não só na divulgação de seus programas, mas principalmente de seus resultados numéricos, sendo que são apresentados, em sua maioria, em eventos e não publicados em periódicos, com exceção aos programas voltados para a ergonomia.

Nesse caso, o que se quis ressaltar são os desafios não apenas de implantar os programas propriamente ditos, mas de considerarem realidades culturais, sociais e epidemiológicas tão diversas como as dessa empresa.

AGRADECIMENTOS

À enfermeira Daisy Kelly Aparecida Simões e às alunas Rayra Carvalho Maia, Emilia Soto Estevez e Carolina Feliz Matuck, graduandas do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo-SP, pelo auxílio na consolidação dos dados coletados.

REFERÊNCIAS

1. Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças In Wagner, G. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 653-67.
2. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciên Saúde Colet. 2000;5(1):163-77.
4. O'Donnell MP. The Art of Health Promotion. Am J Health Prom. 2008 Feb;22(3):1-12.
5. Nahas MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. São Paulo: Midiograf; 2006.
6. Ogata A. Guia Prático de Qualidade de Vida. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Healthy workplaces: a model for action. Geneva: WHO; 2010.
8. Limongi-França AC. Qualidade de Vida no Trabalho. São Paulo: Atlas; 2008.
9. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. São Paulo: AC Farmacêutica; 2009.
10. Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC). Drogas: prevenção no ambiente de trabalho. UNODC; 2012 [acesso 27 Abr 2013]. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/Publicacoes/UNODC_folder_trabalho.pdf
11. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Ministério da Saúde. AIDS II: Relatório de Implementação e Avaliação – Dezembro de 1998 a maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Recebido em: 29 de abril de 2013.
Aprovado em: 30 de maio de 2013.