

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

RETORNO AO TRABALHO:  
TRAJETÓRIA DE TRABALHADORES METALÚRGICOS PORTADORES DE LER/DORT

Miriam Junqueira Scopel

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção  
do grau de mestre em Psicologia Social e Institucional

Orientadora: Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques

Porto Alegre, maio de 2005.

" Só aparecemos em plena luz  
e nos vemos inteiros e completos  
em nosso ato de criação.  
Nunca imprimiremos uma face no mundo  
que não seja a nossa própria;  
e devemos fazê-lo  
justamente para encontrarmos  
a nós próprios,  
porque o homem,  
criador de seus próprios instrumentos,  
é superior à Ciência e à Arte em si mesmas."

*JUNG, A Natureza da Psique*

Aos trabalhadores metalúrgicos.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente aos meus pais Cyro Ângelo e Marlene, pelo apoio, amor, paciência, “dicas” e torcida.

Ao Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre, por ceder as instalações e infra-estrutura do Ambulatório para a realização das entrevistas.

Aos médicos que atendem no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Sindicato dos Metalúrgicos (Rogério, Luciana e Geraldo), pelo encaminhamento de sujeitos para a pesquisa e discussões sobre o tema.

Às secretárias do Ambulatório, Adriana e Sissi, pelo auxílio na busca de arquivos e prontuários.

À professora Maria Elizabeth A. Lima, que me ‘apresentou’ ao pensamento de Le Guillant e Sivadon, me inspirando a realizar esta pesquisa.

Às colegas do Seminário de Pesquisa que contribuíram com questionamentos, sugestões e críticas construtivas.

Aos amigos Carlos Alberto Colombo, Luis Felipe Duarte e Maria Cristina Ribeiro, que contribuíram nos meus primeiros passos no Mestrado com dicas, sugestões e orientações.

Aos amigos André Guirland Vieira e Maria Cristina Giacomazzi, que além das discussões, orientações e apoio, me acolheram em momentos “oásis”, com aquele café maravilhoso!

À amiga Ana Lúcia Fraga, pelas imprescindíveis discussões sobre Arendt, sobre a vida e sobre a ação humanas, e pelo apoio, amizade e estímulo ao longo desse percurso.

A Miriam Gomes de Freitas por ter introduzido entre nós o pensamento vivo de Hannah Arendt e ter me incentivado a realizar este percurso.

Agradeço especialmente à professora Maria da Graça Jacques o privilégio de ter trabalhado com ela e pela generosidade, competência, apoio e dedicação com que me acolheu no PPGPSI (estando eu em “terra estrangeira”), que possibilitaram que eu trilhasse um caminho próprio.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	11
1.Trabalho.....	11
2.Relação saúde/doença/trabalho.....	21
2.1.Histórico e características clínico-epidemiológicas das LER/DORT.....	25
2.2. Os trabalhadores e as LER/DORT.....	31
<b>METODOLOGIA</b> .....	38
<b>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	45
1.Trajетórias profissionais.....	45
2.Contexto de trabalho.....	59
3. Afastamento/ Retorno ao trabalho.....	80
4. Significados do trabalho.....	104
5. A dimensão da ação humana: uma leitura sob a perspectiva de Hannah Arendt.....	111
<b>CONCLUSÕES</b> .....	118
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119
<b>ANEXO A – Fluxograma</b> .....	126
<b>APÊNDICES</b>	
A. Roteiro de entrevista.....	128
B. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	130

## RESUMO

O retorno ao trabalho de trabalhadores metalúrgicos afastados por LER/DORT é uma preocupação constante entre órgãos públicos do setor saúde/trabalho e órgãos representativos das diversas categorias profissionais expostas a este tipo de agravo. Este estudo teve por objetivos identificar as dificuldades a que estes trabalhadores estão expostos no processo de retorno ao trabalho e investigar que significados tem o trabalho no seu processo de (re)inserção profissional e sua potencialidade como recurso terapêutico. O referencial teórico baseou-se em autores como Arendt, Canguilhem, Le Guillant, Lima e Assunção, entre outros. A abordagem metodológica foi a da pesquisa qualitativa, estudo de caso múltiplo. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, complementadas por anotações retiradas dos prontuários médicos, analisadas com base na análise de conteúdo. Constatou-se que se repete o contexto de adoecimento apontado na literatura. Importante papel tem a valoração positiva do ato de trabalhar na manutenção do trabalhador no contexto patogênico e na busca de atendimento precoce. No retorno, são fatores facilitadores: troca de função, possibilidade do trabalhador controlar a execução das atividades, apoio dos colegas e supervisão. Como agentes dificultadores têm-se: alta prematura para o trabalho, retorno para a mesma função (ou semelhante) ausência de programas de retorno ao trabalho, dificuldades no relacionamento com supervisão/colegas, dificuldades de impor limites na execução das tarefas, acompanhadas de medo de ser demitido/discriminado na busca de um novo emprego, vivências de impotência e insegurança quanto ao futuro. São atribuídas ao trabalho as funções de sobrevivência, inserção social, valorização moral e promoção da saúde mental. Paradoxalmente, o trabalho é percebido como causador de adoecimento físico e de sofrimento psíquico. A ausência de trabalho também se associa ao sofrimento psíquico e a práticas contrárias à saúde (tabagismo, alcoolismo, obesidade). Constatou-se que os trabalhadores preferem manter-se no trabalho, visto a positividade conferida ao ato de trabalhar pelo contexto sociocultural.

Palavras-chave: LER/DORT, saúde do trabalhador, retorno ao trabalho.

## ABSTRACT

The return to work of metallurgic workers injured by RSI/WMSD (Repetitive Strain Injuries / Work-Related Musculoskeletal Disorders) is a constant concern among departments of public health system on workers' health area and institutions that represent several professional categories exposed to this type of injury. This study seeks to investigate the difficulties that these workers are exposed to in the process of return to work and also the meanings of work on the process of professional return, as well as its potentialities as therapeutic resource. The theoretical basis is based on authors like Arendt, Canguilhem, Le Guillant, Lima and Assunção, among others. The methodological approach was the qualitative research, multiple case studies. Data was collected by semi-structured interviews and notes of medical dossier, analysed by Content Analysis. It was evidenced that it repeats sickening contexts described in literature. Positive valuation of work has an important role on maintaining workers on pathogenic contexts and on searching precocious assistance. Some facilitating factors on return to work are: function changes, the possibility to control its own activities, colleagues support and supervision. It was verified as objections on return to work: premature return, return to the same or very similar function, lack of return to work plans, difficulties on relationship with colleagues and supervisors, difficulties to impose limits on activities execution, fear of being fired/discriminated on a new job, impotence and insecurity feelings about future. The issues/ functions of survival, social insertion, moral valuation and mental health promotion are imputed to work. Paradoxically, work is also perceived as the cause of physical sickness and psychic suffering. The lack of work is also associated to psychic suffering and practices unfavourable to health (tobaccoism, alcoholism, obesity). It was evidenced that workers prefer to keep themselves at work, due to the positivity assigned to the act of working by sociocultural context.

Key Words: RSI/WMSD, worker's health, return to work

## INTRODUÇÃO

As LER/DORT<sup>1</sup> (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) são um dos problemas de origem ocupacional mais graves nos países industrializados, visto sua alta frequência e tendência crescente. No Brasil, o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (2001), aponta que as LER/DORT respondiam, em 1998, por mais de 80% dos diagnósticos que resultaram em concessão de auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez. Além disto, afeta adultos jovens, dos 30-39 anos, com tendência a aumentar na faixa dos 20-29 anos, ou seja, em plena faixa produtiva, causando afastamento do trabalho por longos períodos ou até incapacidade laboral permanente (LIMA; LIMA, 1998).

As limitações físicas, tanto em nível laboral (de execução de tarefas no trabalho) quanto funcional (execução de tarefas do cotidiano) geralmente são graves, podendo levar a seqüelas parciais ou totais, de forma temporária ou irreversível. Constata-se, ainda, um conjunto de repercussões psicossociais (SATO *et al*,1993) que decorrem tanto do adoecimento quanto do percurso dos lesionados desde a identificação do problema até o diagnóstico e o reconhecimento. A invisibilidade da doença leva, muitas vezes, os lesionados a serem acusados de simulação, acarretando sentimentos de culpa, revolta, insegurança quanto à recuperação, podendo levar, ainda, a sintomas depressivos, isolamento social e até ideação suicida. São muitos os estudos e pesquisas sobre as LER/DORT, em geral focalizados sobre o

---

<sup>1</sup> Síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso e fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores (Instrução Normativa nº 98, do Instituto Nacional de Seguridade Social, de 05/12/2003).



processo de adoecimento. Este estudo se propõe a investigar o retorno ao trabalho após afastamento com diagnóstico de LER/DORT.

O interesse por este tema surgiu a partir do atendimento de uma trabalhadora de 29 anos, com incapacidade laboral e funcional enquadrada como LER/DORT, encaminhada para psicoterapia por apresentar depressão grave com ideação suicida. Deste contato surgiu o questionamento sobre como os trabalhadores vivenciam estar doentes por causa do trabalho, e ao mesmo tempo o trabalho ser fundamental na (re)inserção social destes trabalhadores. Esta paciente, após ter relatado sua história e as conseqüências e perdas em vários níveis (psíquico, físico, financeiro, familiar, social) decorrentes do adoecimento, dizia: “Eu quero a minha vida de volta”. A realização de seus projetos de vida parecia impossível diante do adoecimento; ao mesmo tempo, a necessidade e a vontade de reagir eram evidentes.

Neste contexto, sendo eu médica do trabalho e psiquiatra, com uma prática dirigida para prevenir, diagnosticar e tratar trabalhadores com doenças profissionais me perguntava: O que acontece aos trabalhadores após o diagnóstico de LER/DORT? Como os trabalhadores vivenciam o fato de o seu adoecimento ser causado pelo trabalho? Que outros significados pode ter o trabalho na vida destas pessoas?

Daí surgiu o que, inicialmente, chamei de ‘paradoxo’: o fato de o trabalho ser tanto um fator de adoecimento quanto um indicativo de saúde - ou de normalidade. A partir deste ‘paradoxo’, surgiram as ‘questões norteadoras’ desta investigação: que significados tem o trabalho no processo de reinserção social de trabalhadores portadores de LER/DORT? Pode o trabalho atuar segundo o princípio homeopático “Semelhante cura semelhante”? Ou seja, em trabalhadores que adoeceram por causa do trabalho, pode o trabalho ter uma função de recuperação de saúde e atuar como um recurso terapêutico?

Sendo assim, os **objetivos** desta pesquisa são: investigar que significados tem o trabalho no processo de (re)inserção profissional de trabalhadores portadores de LER/DORT; identificar a que dificuldades estes trabalhadores estão expostos no processo de retorno ao trabalho, levando em consideração o contexto do mundo do trabalho em que se dá a (re)inserção; investigar a potencialidade do trabalho como recurso terapêutico. Optou-se por trabalhadores do ramo metalúrgico visto a alta freqüência de LER/DORT nesta categoria (LIMA, 1998; GARCIA DE ARAÚJO, 1998; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003) e a minha experiência profissional no atendimento desses profissionais.

Para embasar esta discussão, o referencial teórico se divide em dois grandes eixos: Trabalho e a Relação saúde/doença/trabalho. Na discussão sobre Trabalho, parte-se de uma perspectiva em que se revisa brevemente os significados e o conceito de trabalho que foram sendo construídos ao longo da história, determinando suas diferentes valorações. Busca-se fundamentos teóricos em Arendt, Marx e Weber. De Arendt (1995) utiliza-se a concepção de *vita activa*, que abrange as diferentes atividades humanas (labor, trabalho e ação) e a caracterização do *Animal laborans*, do *Homo faber*, e do exercício da vida política. Numa perspectiva histórica, apresenta-se as concepções de Marx (1982; 1995), especificamente a noção de trabalho alienado e do trabalho como protoforma da atividade humana, e de Weber (2002), sobre a relação entre a ética protestante e o capitalismo. Foge aos objetivos deste trabalho aprofundar a análise das teorias destes autores, uma vez que suas obras são vastas e complexas. Ressalta-se tão somente as noções que estão relacionadas à construção do objeto de pesquisa.

Introduz-se a discussão sobre a centralidade do trabalho visto a relevância conferida a esta categoria nas questões norteadoras propostas. Contrapõe-se as posições de Offe (1994), Méda (1995) e Gorz (1998) às de Castel (1998a e b), Dejours (1998) e Antunes (2002).

O segundo eixo se refere à Relação saúde/doença/trabalho. A compreensão deste tema se fundamentou no questionamento levantado por Canguilhem (2002) sobre as noções de normal e patológico, saúde<sup>2</sup>, doença e cura. Aborda-se a relação saúde/trabalho e a questão do adoecimento como uma ruptura, que pode ou não propiciar ao trabalhador lesionado reconhecer o nexos entre adoecimento e trabalho e buscar alternativas de enfrentamento mais saudáveis (no sentido que Canguilhem dá ao termo).

Inicia-se discutindo os princípios da Ergoterapia, em que se aponta para o potencial do trabalho como recurso terapêutico, ressaltando seu impacto positivo sobre a saúde, a partir de autores como Le Guillant<sup>3</sup> (1984) e Sivadon<sup>4</sup> (1993) na França (*apud* LIMA, 2002a), e Lima e Brescia (2002) no Brasil.

Especificamente sobre as LER/DORT, apresenta-se uma breve caracterização clínica (como este projeto privilegia o enfoque dos aspectos psicossociais relacionados às

---

<sup>2</sup> No Brasil, um conceito mais abrangente de saúde como o 'resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde', foi adotado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em oposição à noção anterior, definida pela Organização Mundial da Saúde, de saúde como bem-estar bio-psico-social.

<sup>3</sup> LE GUILLANT, L. **Quelle psychiatrie pour notre temps?** Paris: Ères, 1984

<sup>4</sup> SIVADON, P. **Psychiatries et Socialités.** Paris: Ères, 1993.

LER/DORT, não se aprofunda a discussão do ponto de vista médico/orgânico). Aborda-se a seguir, os fatores associados ao adoecimento, como a valorização conferida ao trabalho e a questão do assujeitamento a condições e organização do trabalho patogênicas (DEJOURS, 1987; MERLO, 2002; NARDI, 2002; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003). Focaliza-se as repercussões psicossociais das LER/DORT (SATO *et al.*, 1993; LIMA, 1998; SATO, 2003), relacionadas a questões como a ‘invisibilidade’ da doença, a vitimização, a autculpabilização e a inúmeras perdas em vários níveis (social, financeiro, funcional e laboral, familiar, etc). Faz-se uma descrição breve do percurso que os portadores fazem a partir do diagnóstico, passando por registro da CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho), encaminhamento para o Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT) do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), tratamento e reabilitação, até o retorno ao trabalho. Apresenta-se uma breve contextualização do mundo do trabalho em que se dará a (re)inserção dos trabalhadores portadores de LER/DORT (novas gestões, aumento de ritmo de produção, competitividade, individualismo, ameaça de desemprego, entre outros aspectos).

A investigação proposta utiliza uma abordagem qualitativa (VÍCTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000) e como estratégia o estudo de caso múltiplo (YIN, 2001). A partir da apresentação e discussão da metodologia, apresenta-se os procedimentos de coletas de dados (critérios de escolha dos sujeitos a serem entrevistados, realização de entrevistas semi-estruturadas, entre outros) e sua proposta de análise.

No capítulo seguinte, faz-se a apresentação, análise e discussão dos dados, dividida em cinco seções. Inicialmente, apresenta-se as trajetórias profissionais dos entrevistados; as três seções seguintes correspondem às categorias analisadas, segundo os objetivos e questões norteadoras desta pesquisa: contexto de trabalho, afastamento/retorno ao trabalho e significados do trabalho- julgou-se importante detalhar o contexto de trabalho não apenas pela importância no processo de adoecimento, mas principalmente porque os trabalhadores, ao retornarem ao trabalho, voltam para a mesma função (ou função semelhante), ocasionando o agravamento ou progressão do quadro de LER/DORT (com o surgimento de novos sítios de dor); na última seção, retoma-se as trajetórias profissionais dos trabalhadores, analisando as regularidades e singularidades presentes, com base nas proposições de Arendt (1994; 1995; 2001; 2004) e Canguilhem (2002).

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.Trabalho

O trabalho tem apresentado diversas valorações e significados, às vezes contraditórios, de acordo com o momento histórico e o contexto político, social, econômico e cultural em que se inscreve. Para alguns autores tem um significado amplo; outros sinalizam para seus diferentes significados.

Jacques (2002) recorda que a palavra trabalho se originou de *tripalium*, vocábulo latino que se refere a um “instrumento agrícola de cultura de cereais, também utilizado como instrumento de tortura” (p.100). Esta origem reforça o aspecto contraditório do trabalho, visto tanto como expressão da capacidade humana de transformar a natureza, como ligado à dor e ao labor como necessário à sobrevivência.

Na Bíblia, o livro do Gênesis narra que o homem havia sido colocado no Éden para cultivá-lo e guardá-lo. Arendt (1995) aponta que “a palavra cultivar, que se tornou a palavra hebraica *leawod*, que significa trabalho, tem a conotação de servir” (p.119). Com a expulsão do paraíso, o homem foi amaldiçoado a garantir seu sustento através do trabalho árduo e a dar à luz entre dores.

Ao analisar a questão do trabalho na Grécia Antiga, Vernant (1990) refere que o grego não conhece um único vocábulo equivalente a trabalho. Existiam diversas denominações, que apontavam para “planos distintos, aspectos múltiplos, e até mesmo oposições”(p.260). A agricultura estava ligada, inicialmente, a um sistema de representação religiosa; contudo, no plano do pensamento político racional, a agricultura era equiparada às outras profissões, consideradas servis. Os agricultores apresentavam-se ora como uma classe distinta à dos artesãos, ora formando com estes uma classe única, oposta à dos guerreiros

e magistrados. O autor chama a atenção para o fato de que o trabalho humano entre os gregos não adquiriu um destaque especial ou claro, permanecendo mal delineado: “o artesão e sua arte existem ‘em vista’ do produto, o produto ‘em vista’ da necessidade [...]; o trabalho institui, pois, entre o artesão e o usuário uma relação econômica de servidão, uma relação irreversível de meio e fim”(p.282).

As diversas profissões correspondentes a qualidades humanas diferentes situavam cada um no seu lugar na hierarquia da cidade, cada qual segundo o seu talento (VERNANT, 1990). Havia, porém, a convicção de que a prática de uma profissão desqualificava para o exercício da política: “A unidade da *polis* deve basear-se em um plano exterior à atividade profissional: à especialização das tarefas, à diferenciação das profissões opõe-se a comunidade de cidadãos definidos como ‘iguais’, ‘semelhantes’(p.270). Arendt (1995) ressalta que no período anterior ao desenvolvimento pleno da cidade-estado

os gregos distinguiam apenas entre escravos - inimigos vencidos levados para a casa do vencedor juntamente com outros despojos de guerra, [...] e que trabalhavam para prover seu sustento e o dos seus senhores - e os *demiourgoi*, os operários do povo em geral [curandeiros, arautos, poetas, adivinhos, entre outros], que tinham liberdade de movimento fora e dentro da esfera pública (p.91-2).

Num período posterior, à medida que a dedicação à vida política na *polis* se tornou mais importante, exigindo que os cidadãos destinassem mais tempo ao exercício da política, as atividades que exigiam qualquer esforço físico, ou que servissem à necessidade de manutenção da vida, foram consideradas servis e assimiladas à condição de labor (ARENDRT, 1995). Assim, para os gregos, ter escravos era a forma humana de dominar a necessidade, escapar da servidão imposta pelas necessidades de manutenção da vida (p.94). A autora aponta que “a principal diferença entre o trabalho escravo e o moderno trabalho livre, não é a posse da liberdade pessoal, mas o fato de que o operário moderno é admitido na esfera pública, e é completamente emancipado como cidadão”(p.229).

A posição da autora se fundamenta na distinção que estabelece entre as três atividades humanas que compõem o que chamou de *vita activa*: o labor, o trabalho e a ação. Defende uma distinção entre labor e trabalho, apontando os diferentes aspectos destas atividades no Ocidente, baseada no fato de que todas as línguas européias têm duas palavras,

etimologicamente distintas, para designar o que atualmente se considera a mesma atividade:

Assim, a língua grega diferencia entre *ponein* e *ergazesthai*, o latim entre *laborare* e *facere* ou *fabricare*; o francês entre *travailler* e *ouvrier*, o alemão entre *arbeiten* e *werken* (p.90). O latim e o inglês *labor*, o grego *ponos*, o francês *travail*, o alemão *Arbeit* - significam dor e esforço e são usadas também para as dores do parto (p.58).

Arendt (1995) desenvolve o conceito de labor, como a atividade que corresponde ao processo biológico, do corpo, de manutenção da vida, de subsistência do indivíduo e da espécie humana. O *Animal laborans*, na atividade do labor, não é livre, pois está sujeito a repetitividade dos ciclos e processos naturais de produção e consumo que só são interrompidos com a morte do organismo. Por sua vez, o processo de trabalhar, ao contrário do labor, termina quando o produto do trabalho está acabado. O *Homo faber* “faz” e “trabalha sobre” os materiais, transformando-os em objetos que serão acrescentados ao mundo das coisas, conferindo uma certa durabilidade e permanência à vida mortal. “Ele inventou os utensílios e ferramentas para construir um mundo, e não - pelo menos não originalmente - para servir ao processo vital humano” (ARENDR, 1995, p.164). A terceira atividade humana, a ação, a única que é exercida entre os homens sem a intermediação das coisas ou da matéria, corresponde à pluralidade humana. Os seres humanos se manifestam uns aos outros, enquanto homens, através da ação e do discurso:

É com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano; esta inserção é como um segundo nascimento, [...] não nos é imposta pela necessidade, como o labor, nem se rege pela utilidade, como o trabalho.[...] Seu ímpeto decorre do começo que vem ao mundo quando nascemos, e ao qual respondemos começando algo novo por nossa própria iniciativa. Agir, no sentido mais geral do termo, significa tomar iniciativa, iniciar, imprimir movimento a alguma coisa (ARENDR, 1995, p.189-90).

Durante a Idade Média, como indicado por Arendt (1995), o cristianismo introduziu e disseminou o princípio de que a vida era o bem supremo, e devia ser mantida a qualquer custo. Segundo a autora, para “Tomás de Aquino, o trabalho (como labor) era o dever daqueles que não tinham outro meio de sobrevivência, sendo que o dever consistia em manter-se vivo e não em trabalhar” (p.330). A autora refere ainda que na tradição monástica, o trabalho árduo era recomendado “como modo de combater as tentações de um corpo ocioso” (p.331) e às vezes tinha a mesma função que o auto-flagelo. Arendt

(1995) ressalta que o trabalho como forma de evitar a ociosidade não foi uma descoberta cristã - já era comum na moralidade romana. A palavra trabalho tinha ainda a conotação de feito heróico que requer grande força e coragem e é executado com espírito de luta.

Com o advento da revolução industrial, o trabalho vai adquirindo cada vez mais importância, até ser considerado elemento central, na forma de trabalho assalariado, à medida que o capitalismo vai se consolidando como sistema econômico. É com o advento do capitalismo que os operários ascendem à categoria de cidadãos, através da conquista, pelo movimento operário, “da abolição do requisito de propriedade para o exercício do direito de voto” (ARENDR, 1995, p.229). Neste contexto histórico as análises de Marx e Weber sobre a questão do trabalho são fundamentais, em especial algumas noções que influenciam atualmente a concepção ética do trabalho.

Em meados do século XIX, Marx (1982)<sup>5</sup>, partindo dos pressupostos da Economia Política, introduz a discussão sobre o trabalho alienado e de como o trabalhador descende ao nível de mercadoria através da alienação. O trabalhador sofre um processo de alienação de duas formas: pelo fato de se relacionar com o produto de seu trabalho como com um objeto estranho, que existe independente dele mesmo na própria atividade produtiva e por ser um trabalho imposto, não-voluntário, forçado, que gera sofrimento e passividade, e não pertence a ele. Resultado direto desta alienação é a alienação do homem em relação aos outros homens: “Na relação do trabalho alienado, cada homem encara os demais de acordo com os padrões e relações em que ele se encontra situado como trabalhador” (MARX, 1982, p.82).

Outro ponto importante referente ao trabalho alienado é que o trabalhador se converteria em escravo do objeto, pois do objeto de trabalho depende sua sobrevivência e sua habilitação enquanto trabalhador. “O apogeu dessa escravização é ele só poder se manter como sujeito físico na medida em que é um trabalhador, e de ele só como sujeito físico poder ser um trabalhador” (p.76).

Marx aponta como característica constituinte e fundante do humano, o fato de produzir universalmente, produção esta que se dá somente quando livre da necessidade física. Assim, o homem é capaz de construir também em conformidade com o belo.

É justamente em seu trabalho exercido no mundo objetivo que o homem realmente se comprova como um ente-espécie. O objetivo do trabalho,

---

<sup>5</sup> As citações aqui apresentadas são uma tradução livre do livro “Manuscritos Econômico-filosóficos” (MARX,1982), editado no México.

portanto, é a objetificação da vida como espécie do homem, pois ele não mais se reproduz a si mesmo apenas intelectualmente, como na consciência, mas ativamente e em sentido real, e vê seu próprio reflexo em um mundo por ele construído (p.82).

Ou seja, é através da capacidade de construir, de transformar a natureza na construção de um mundo, que o homem se revela enquanto homem. Neste aspecto reside a diferença fundamental em relação aos outros animais, que produzem apenas em função da satisfação das necessidades de sobrevivência, enquanto o trabalho humano estaria além da simples manutenção da vida. Arendt (1994) afirma que a idéia do homem que cria a si mesmo provém da “tradição do pensamento hegeliano e marxista; [...] Mas, de acordo com Hegel, o homem ‘produz-se’ a si mesmo por meio do pensamento, enquanto para Marx [...] era o trabalho, a forma humana do metabolismo com a natureza que preencheia esta função.”(p.19).

Arendt (1995) aponta que quando Marx se refere ao trabalho alienado, através do qual o homem provê às necessidades físicas, na realidade está falando do labor e do *Animal laborans*: “Tudo o que o labor produz destina-se a alimentar quase imediatamente o processo da vida humana, e este consumo, regenerando o processo vital, produz - ou antes, reproduz - nova ‘força de trabalho’ de que o corpo necessita para seu posterior sustento”(ARENDR, 1995, p.111). Logo adiante, Arendt observa que, no conhecido exemplo da distinção do “pior dos arquitetos da melhor das abelhas”, Marx está se referindo, sim, ao trabalho. Isto se explicita no fato de que “o arquiteto erige sua estrutura na imaginação antes de construí-la na realidade. Ao fim de cada processo de trabalho, temos um resultado que já existia na imaginação do trabalhador desde o começo” (p.202).

No início do século XX, Weber (2002) aborda um ponto que considera importante na tentativa de entender o desenvolvimento do capitalismo: “a influência de certas idéias religiosas no desenvolvimento de um espírito econômico, ou o *ethos* de um sistema econômico [...] a conexão do espírito da moderna vida econômica com a ética racional da ascese protestante”(p.30). O interesse neste tipo de influência se deu a partir da constatação do predomínio de protestantes entre os homens de negócios e donos do capital e, nas empresas, entre os trabalhadores especializados e mais habilitados tecnicamente. O que chama a atenção de Weber, é a existência de um *ethos*, de uma regra de conduta de

---



vida, uma obrigação que o indivíduo sente “em relação ao conteúdo de sua atividade profissional, não importa qual seja, particularmente se ela se manifesta como uma utilização de suas capacidades pessoais ou apenas de suas posses materiais (capital)”(p.48). Um dos pontos importantes do ascetismo puritano era o caráter metódico e de zelo auferido às atividades que serviam para a glorificação de Deus. “A vida do homem na sua vocação é um exercício de virtude ascética [...] que se exprime no zelo e método com os quais trabalha sua vocação. O que Deus requer não é o trabalho em si, mas um trabalho racional na vocação”(p.117). Os critérios para aprovação de uma vocação seriam o da utilidade, da lucratividade, da preservação da moral e da importância de bens gerados para a comunidade e da lucratividade. A riqueza e seu acúmulo não eram vistos como um problema em si, como no cristianismo, sendo não só permitidos, mas inclusive recomendados, desde que fruto do desempenho e do dever da vocação. O que é considerado um mal é quando o acúmulo leva ao ócio e ao uso irracional da riqueza. “O ascetismo era radicalmente contra o desfrute da vida e de tudo que ela tem para oferecer”(p.121), e restringia o consumo especialmente do que era considerado supérfluo; aceitavam o uso racional e utilitário da riqueza, que podia proporcionar o conforto aos membros da comunidade. A avareza e a desonestidade eram condenadas. Essa combinação da limitação do consumo com o estímulo e liberação da busca da riqueza só poderia resultar no acúmulo de capital, valendo-se de uma compulsão para a poupança, própria deste tipo de ascetismo.

Ao comentar as observações de Weber sobre as origens do capitalismo, Arendt (1995) ressalta que

a grandeza da descoberta de Max Weber quanto às origens do capitalismo reside precisamente em sua demonstração de que é possível haver enorme atividade, estritamente mundana, sem que haja qualquer grande preocupação ou satisfação com o mundo, atividade cuja motivação mais profunda é, ao contrário, a preocupação e o cuidado com o ego. O que distingue a era moderna é a alienação em relação ao mundo e não, como pensava Marx, a alienação em relação ao ego (p.266).

Na discussão sobre a atividade humana, Arendt (1995) levanta outro ponto importante, que se refere à definição de trabalho como oposto ao lazer, ressaltando que a verdadeira oposição é entre necessidade e liberdade. Ao comentar as concepções sobre trabalho vigentes, aponta que as “modernas idealizações do trabalho” podem ser classificadas nestas quatro categorias:

(1) O trabalho é um meio de atingir um fim superior. (2) O trabalho é um ato de moldar, no qual ‘dada substância é transformada em outra estrutura superior’. (3) O trabalho numa sociedade trabalhadora é mero prazer ou pode tornar-se tão satisfatório quanto as atividades do lazer. (4) Finalmente, o trabalho é a confirmação do homem contra a natureza, que é dominada por ele através do trabalho.[...] Depois de todas estas teorias e discussões acadêmicas, é reconfortante saber que a grande maioria dos trabalhadores, quando se lhe pergunta “por que o homem trabalha?”, responde simplesmente: “para poder viver” ou “para ganhar dinheiro” (ARENDDT,1995, p.139-40, nota75).

A preocupação e o cuidado com o ego, resultando numa alienação em relação ao mundo, colaborou para o desenvolvimento, na sociedade moderna, do individualismo, em que a experiência com o mundo e outros seres humanos perde cada vez mais a importância, ou tem importância apenas na medida em que proporciona algum prazer ou vantagem para o próprio indivíduo. Nesse aspecto, Arendt (1995) ressalta que a generalização do princípio de fabricação do *Homo faber*, ou seja, de que “todas as coisas são meios para se chegar a um fim, transforma a utilidade e a serventia em “critérios últimos para a vida e para o mundo dos homens”(p.170). Mais adiante, Arendt (1995) fala da possibilidade do artifício humano transcender a mera funcionalidade de coisas produzidas para o consumo ou o uso, viabilizando a construção do mundo como “morada para os homens”. A ajuda dos poetas, artistas, historiadores, escritores, etc, é fundamental para a sobrevivência da história dos homens que agem e falam:

O artifício humano deve ser um lugar adequado à ação e ao discurso, a atividades não só inteiramente inúteis às necessidades da vida, mas de natureza diferente das várias atividades de fabricação mediante a qual são produzidos o mundo e todas as coisas que nele existem. Não é necessário [...] [que] decidamos se o homem ou um deus deva ser a medida de todas as coisas; o que é certo é que a medida não precisa ser nem a compulsiva necessidade da vida biológica e do labor, nem o instrumentalismo utilitário da fabricação e do uso (p.187).

A autora apontou como a glorificação teórica do trabalho, trazida pela sociedade moderna “resultou na transformação de toda a sociedade numa sociedade de operários”(p.12), prevendo, ao mesmo tempo que rumo poderia tomar esta transformação:

A sociedade que está para ser libertada dos grilhões do trabalho é uma sociedade de trabalhadores, uma sociedade que já não conhece aquelas

outras atividades superiores e mais importantes em benefício das quais valeria a pena conquistar essa liberdade. [...] somente alguns indivíduos isolados consideram ainda o que fazem em termos de trabalho e não como meio de ganhar o próprio sustento. O que se nos depara, portanto, é a possibilidade de uma sociedade de trabalhadores sem trabalho, isto é, sem a única atividade que lhes resta (p.12-13).

Algumas das questões apontadas por Arendt (1995) têm sido retomadas em algumas discussões próprias ao contexto atual. A distinção entre as noções de trabalho (atividade humana fundamental), e emprego (trabalho assalariado, meio de sobrevivência) é apontada pelos principais autores que participam do debate sobre a centralidade do trabalho (OFFE, 1994; MÉDA, 1995; CASTEL, 1998; GORZ, 1998; DEJOURS, 1998; ANTUNES, 2002).

Autores como Offe (1994), Méda (1995) e Chamoux (1998) apontam que a categoria trabalho é uma construção social recente que se desenvolveu principalmente a partir da revolução industrial, e que a ciência econômica, o materialismo histórico e a sociedade burguesa colocaram em evidência. O Pacto Social, que se estabeleceu nas décadas de 60/70 nos países industrializados, fez com que o trabalho assalariado ocupasse uma posição hegemônica por ser a matriz de uma condição social estável que associava ao trabalho as garantias e direitos (CASTEL, 1998a) como o pleno emprego e a regulamentação das relações de trabalho, entre outros. Fouquet (1998) aponta que “com a generalização da proteção social, o conceito de emprego se estendeu a todas as formas de atividades remuneradas, assalariadas ou não”<sup>6</sup> (p.230).

Principalmente a partir dos anos 80, com o aporte de novas tecnologias e formas de gestão, inicia-se um processo de aumento do desemprego e de disseminação das formas precarizadas de trabalho, refletindo uma profunda desestabilização dos mecanismos de regulação da sociedade salarial, tornando a promessa de pleno emprego um ideal dificilmente atingível (OFFE, 1994; MÉDA, 1995; CASTEL, 1998a; GORZ, 1998;). As formas precarizadas de trabalho podem ser caracterizadas como

situações de trabalho atípico – o contrato não-regulamentado, o contrato de trabalho por tempo parcial, o emprego por tempo determinado, a subcontratação, entre outros – e de formas não assalariadas de inserção que

---

<sup>6</sup> As citações referentes aos autores Fouquet, 1998; Gorz, 1998; Méda, 1995; Dejours, 1998 e Castel, 1998 a, são uma tradução livre da obra original.

fazem parte do universo da chamada economia informal, como o trabalho autônomo ou por conta própria, a organização familiar do trabalho, a micro unidade econômica (GALEAZZI, 2002, p.244).

Offe (1994) aponta que, sociologicamente, dois mecanismos principais sustentam a centralidade do trabalho em nível individual: “em nível de integração social, o trabalho pode ser sancionado normativamente como um dever (central numa vida honesta e moralmente boa) ou em nível da integração do sistema, pode ser estabelecido como uma necessidade (mera condição de sobrevivência física)”(p.183).O autor refere que hoje a ética do trabalho estaria em declínio pela desagregação das tradições religiosas ou culturais, pelo crescimento do consumismo, pela degradação do trabalho e enfraquecimento da dimensão subjetiva do trabalho (no sentido de não ser mais visto como vocação) e pela desintegração das esferas sociais da vida que eram organizadas com base na categoria trabalho e emprego. Além disto, alega que a descontinuidade na biografia do trabalho e a diminuição do tempo que a pessoa dedica ao trabalho durante a vida “podem reforçar a concepção do trabalho como um interesse ‘entre outros’ e relativizar sua função como uma pedra de toque da identidade pessoal e social”(p.186).

Dejours (1998) e Castel (1998a) contrapõem a estas afirmações o fato de que a diminuição do tempo trabalhado geralmente está associado a uma intensificação do trabalho, aumento de horas extras e exigência de uma conversão quase total dos trabalhadores aos objetivos, valores e metas da empresa, gerando um superinvestimento por parte do trabalhador, aliado ao sofrimento no trabalho. Dejours (1998) questiona ainda se o tempo liberado ou aparentemente liberado permanece livre, “ou é reinvestido em esforços para melhorar a competitividade”(p.41). Além disto, o autor refere que o aspecto do trabalho como mediador social não poderia ser substituído pelo lazer porque este é vivido como prazer privado, individual. Dejours (1998) ressalta que “o acesso à cidadania e à legitimidade de intervir no espaço público passa ainda, massivamente, pelos direitos sociais e políticos conferidos pelo trabalho. Sem carteira de trabalho, um imigrante é ameaçado de expulsão do território”(p.47).

Gorz (1998) defende que “o trabalho que desaparece é o trabalho abstrato. Mesmo no apogeu da sociedade salarial, este trabalho jamais foi uma fonte de ‘coesão social’, nem de integração. O ‘laço social’ que ele estabelece entre os indivíduos é abstrato e fraco”(p.30). Acrescenta que a exaltação do trabalho como um ‘bem’ e o emprego como

um ‘privilégio’, é uma estratégia de poder do capital para poder “flexibilizar, precarizar, individualizar, selecionar [...], reduzir remunerações e efetivos”(p.33).

Ao analisar a situação da sociedade salarial hoje, Castel (1998a) lança uma questão: haveria alternativas confiáveis para ocupar o lugar central do emprego como fonte de coesão social numa sociedade em que, mesmo que ocorresse a relativização do valor do trabalho, o mercado continuasse a ocupar um lugar preponderante? O autor propõe um diagnóstico: o do *effritement*<sup>7</sup> da sociedade salarial; ou seja, “a estrutura deste tipo de sociedade se mantém (ou se mantinha) apesar do seu sistema de regulação se fragilizar” (p.53-4). Aponta que esta situação é a maior consequência da priorização da “rentabilidade econômica e à apologia da empresa pensada como única fonte da riqueza social. Os direitos e proteções do trabalho são conseqüentemente percebidos como obstáculos ao imperativo categórico da competitividade”(p.52). Os investidores internacionais pressionam a precarização a fim de obter rentabilidade máxima através da diminuição dos custos com o trabalho. Então, o desemprego em massa e a precarização das relações de trabalho somadas à inadequação dos sistemas de proteção social provocam um aumento no número de “indivíduos que ocupam na sociedade uma posição de supranumerários, “inempregáveis”, inempregados ou empregados de um modo precário, intermitente”(CASTEL, 1998b, p.21). O autor aponta que a desestabilização causada pela perda do trabalho reforça sua importância na vida das pessoas, pois é em função do trabalho “que se tem ou que faz falta, seja precário ou seguro, que continua a se por em jogo hoje o destino da grande maioria de nossos contemporâneos” (CASTEL, 1998a, p.57).

No Brasil, autores como Lima (1998), Antunes (2002) e Jacques (2002), entre outros, reafirmam a centralidade do trabalho para a realidade brasileira. Antunes (2002) destaca que se observa um processo múltiplo de desproletarização do trabalho industrial e fabril, e a heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho, com o aumento da classe-que-vive-do-trabalho pelo alargamento das múltiplas formas precarizadas de trabalho e do setor de serviços. O autor aponta que “2/3 da força de trabalho mundial se encontra no Terceiro Mundo industrializado e intermediário (nele incluída a China)”(p.213). E ressalta que mesmo que o trabalho abstrato seja eliminado da sociedade, “é algo ontologicamente distinto supor ou conceber o fim do trabalho como

---

<sup>7</sup> Não há um termo em português que traduza o sentido exato do termo; o mais próximo seria ‘esboroamento’ ou ‘esfarelamento’.

atividade útil, como atividade vital, como elemento fundante, protoforma da atividade humana”(p.215). Jacques (2002) constata que “a passagem de uma sociedade do trabalho para a sociedade do não trabalho não se constitui experiência brasileira, por enquanto, até porque o Brasil não pode ser classificado como um Estado de bem-estar social”(p.103), ponto de partida para o debate sobre a centralidade nos países europeus como a França, Alemanha e Inglaterra. Lima e Borges (2002) defendem a centralidade do trabalho para o homem e, ao analisarem a questão do desemprego, ressaltam que “as reações do desempregado à sua condição não são fruto apenas das perdas materiais que sofreu, mas, sim, da impossibilidade de expressar-se, desenvolver-se e deixar sua marca no mundo” (p.338, nota 95). As autoras apontam, ainda, como conseqüências do desemprego, a desestruturação dos laços sociais e afetivos, o isolamento social, o aumento de quadros de suicídio, alcoolismo, dependência de outros tipos de drogas. Seligmann-Silva<sup>8</sup> (1997, *apud* LIMA, 2002b) realizou pesquisas sobre o desemprego de longa duração, concluindo que este pode estar relacionado à origem e/ou agravamento de patologias mentais e psicossomáticas, tendo por base a ruptura dos laços de sociabilidade construídos no trabalho.

Os resultados destas pesquisas apontam para uma questão fundamental: a relação entre saúde/doença e trabalho.

## **2.Relação saúde/doença/trabalho**

A relação entre saúde e trabalho é bastante conhecida, havendo relatos sobre doenças devidas ao trabalho desde a Antigüidade. Ramazzini (2001) é considerado o “pai da medicina do trabalho”, tendo descrito em 1700, várias doenças relacionadas a diversas ocupações. Mas é a partir do século XVIII que ocorre um aumento na freqüência dos relatos de distúrbios relacionados ao trabalho, como conseqüência principalmente dos processos de mecanização e automação da indústria e das modificações implementadas pelo modelo taylorista-fordista no início do século XX. Atualmente, a coexistência deste modelo com o contexto da acumulação flexível, tem intensificado o adoecimento relacionado ao trabalho, como no caso das LER/DORT, por exemplo.

---

<sup>8</sup> SELIGMANN-SILVA,E.A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial.In:SILVA FILHO,J.F.; JARDIM,S. (org.), **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá,1997,p.19-63.

Um dos pioneiros na pesquisa da relação saúde/doença e trabalho foi Le Guillant<sup>9</sup> (1984), na França. Lima (2002a) aponta que ele desenvolveu vários estudos sobre diferentes categorias profissionais, partindo de uma abordagem “pluridimensional”, utilizando todos os instrumentos disponíveis para acessar informações, como questionários, entrevistas, observações, recorrendo ainda “a sindicatos, serviços médicos das empresas, dados estatísticos diversos, literatura técnica sobre o tema estudado e literatura em geral”(p.62):

Sua proposta era a de desenvolver uma abordagem da saúde mental no trabalho, que fosse realmente científica, isto é, que permitisse demonstrar a existência de uma relação entre tal condição de vida ou de trabalho e o surgimento, a frequência ou a gravidade dos distúrbios mentais (LIMA, 2002a, p.60).

Le Guillant (1984) descreveu a Síndrome Geral da Fadiga Nervosa em 1956, ressaltando pontos que continuam atuais na compreensão de distúrbios ocasionados pelo trabalho. O artigo “A neurose das telefonistas” é um marco por ser um estudo extremamente detalhado e por demonstrar a relação denexo causal com as novas formas de trabalho a que as telefonistas eram submetidas. O autor aponta as alterações mais comuns da síndrome: fadiga, alterações do humor e do caráter, do sono e psicossomáticas. Segundo Le Guillant, os elementos mais patogênicos eram a exigência de rendimento (que impunha um ritmo acelerado e a competição entre colegas) e o controle. O autor refere ainda as repercussões na vida familiar e social das trabalhadoras acometidas pela síndrome e as estratégias às quais recorriam na tentativa de minimizar os sintomas (como caminhar, ou a busca de tarefas com objetivos claros, em que as trabalhadoras pudessem ter iniciativa). O principal é a conclusão de que a síndrome descrita

[...] ocorre em todos os empregos que exigem, com ou sem fadiga muscular, um ritmo excessivamente rápido de operações e propiciam condições de trabalho objetiva ou subjetivamente penosas: mecanização dos atos e monotonia, vigilância rígida; relações humanas na empresa alteradas, etc.(p.11).

A associação do trabalho com a relação saúde-doença ganhou notoriedade na época, com o desenvolvimento da Ergoterapia, que incorpora o trabalho no tratamento e reinserção social de pacientes psiquiátricos. Na França, no período pós-2<sup>a</sup> Guerra

---

<sup>9</sup> Seus estudos originais são da década de 50 do século XX.

Mundial, ocorreu um avanço significativo da Ergoterapia a partir das contribuições de François Tosquelles, Paul Sivadon e Louis Le Guillant (LIMA, 2002a). Esses psiquiatras constataram que muitos dos pacientes que haviam fugido ou sido liberados dos hospitais, devido à guerra e às dificuldades de mantê-los, “foram encontrados bem, trabalhando e integrados à sociedade” (LIMA; BRESCIA, 2002, p.358). A partir daí foi criada a hipótese de que o sentimento de utilidade e o reconhecimento que o trabalho proporciona, teriam sido decisivos para a melhora destes pacientes.

Sivadon (1993, *apud* LIMA, 2002a) foi o primeiro a usar a expressão “psicopatologia do trabalho”, em 1952. Partiu da utilização do trabalho como recurso terapêutico para pacientes psiquiátricos e “culminou na compreensão do local ocupado por certos tipos de atividades profissionais no adoecimento dos indivíduos”(p.56). Sua proposta era de uma psiquiatria “extra-muros” que tinha por base “os poderes terapêuticos do trabalho, desde que executado em circunstâncias bastante precisas”(p.56). Um dos princípios era que os pacientes fossem executando tarefas de acordo com sua maturidade psíquica; a complexidade das tarefas ia aumentando aos poucos até alcançar “um certo nível de profissionalização ou de especialização, permitindo ao paciente uma reinserção social. Para isto, criou as oficinas protegidas onde eles [os pacientes] poderiam adquirir uma profissão e, pouco a pouco, reinserir-se no mercado de trabalho” (LIMA; BRESCIA, 2002, p.359).

Lima e Brescia (2002) apontam que Le Guillant defendia que “qualquer idéia terapêutica em uma estrutura de internação é um mito”(p.360) e o que realmente tem validade em termos de tratamento, “é a reinserção do paciente na sociedade, por meio da realização de atividades remuneradas e o mais próximas possível da realidade vivida pelas pessoas comuns”(p.374). Os autores concluem ressaltando que não entendem o trabalho como uma “panacéia para todos males [...] mas que o trabalho pode e deve ser visto como um recurso válido até mesmo no tratamento de distúrbios mentais graves”(p.376).

Na década de 80, Dejours (1987) publica o livro ‘A loucura do trabalho’ o qual impulsionou, no Brasil, as discussões sobre os impactos do trabalho na saúde mental, trazendo novamente à discussão a psicopatologia do trabalho. O autor refere que as condições de trabalho (fatores físicos, químicos, mecânicos e biológicos ligados ao posto de trabalho) afetam principalmente o corpo, “podendo ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas”(p.125), enquanto a organização do trabalho (divisão do trabalho, ritmo, conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de



poder, entre outros) causariam o sofrimento mental. Dejours e Abdoucheli (1994) definem sofrimento como

a vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico.[...] O sofrimento implicará sobretudo um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental (p.127).

O sofrimento pode ser considerado criativo (inteligência astuciosa), aumentando “a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p.137). Quando a organização do trabalho explora o sofrimento patogênico - aquele que surge quando se esgotaram as alternativas de transformação e gestão da organização do trabalho - este irá mediar a desestabilização e fragilização da saúde. Dejours (1987) ressalta que quanto menores forem as chances de mudar o trabalho, quanto mais rígida for a organização do trabalho, maior é o sofrimento, podendo desencadear doença mental ou psicossomática.

Ainda sobre os vínculos entre saúde e trabalho, Seligmann-Silva (1993) destaca que o trabalho pode ter implicações positivas na saúde humana, significando “satisfação, desenvolvimento de potenciais pessoais e coletivos”(p.609), ou implicações negativas, estando ligado a transtornos na área psíquica. Assim, períodos em que são anunciadas mudanças tecnológicas ou organizacionais, ou quando ocorre intensificação da produção, geralmente estão associados a uma maior incidência de episódios agudos, com sintomas de caráter reativo. Alguns tipos de atividade, ou formas de organização de trabalho, ou determinadas profissões apresentam maior prevalência de distúrbios na área psíquica.

Vários autores como Dejours (1987), Minayo (1994) e Sato e colaboradores (1993), entre outros, apontam que a vivência da doença frequentemente está associada a sentimentos de vergonha, fraqueza e culpa, à passividade, “vagabundagem”, preguiça, “a tal ponto que a falta de trabalho torna-se, em si, um sinônimo de doença”(DEJOURS, 1987, p.33). Minayo (1994) aponta que em relação à classe trabalhadora, a doença é definida segundo a visão de mundo dominante, como incapacidade para trabalhar. Exemplifica com expressões correntes como “a saúde é tudo, é a maior riqueza”, “saúde é igual à fortuna, é o maior tesouro” que se opõem à doença como castigo, infelicidade e miséria. A autora refere que a dinâmica da doença é uma linguagem em relação à sociedade e às relações sociais, à medida em que o indivíduo busca legitimar seu estado,

buscando o médico, por exemplo; daí advêm “[...] atitudes e comportamentos em relação ao seu estado e assim se torna doente para o outro: para a sociedade.[...] É o indivíduo que adocece e enfrenta a morte. No entanto, a atribuição de sentidos das causas endógenas é também socialmente construída” (p.177-8).

Neste contexto, as LER/DORT são uma síndrome que não apenas ‘ilustra’ muito bem a influência do trabalho na saúde humana, mas que, principalmente, é uma expressão do conflito Capital x Trabalho. Conflito que se expressa na intersecção de fatores relacionados às transformações do mundo do trabalho decorrentes do interesse do Capital e às formas como o indivíduo e a coletividade se posicionam em relação a este conflito.

### **2.1.Histórico e características clínico-epidemiológicas das LER/DORT**

As LER/DORT são conhecidas desde a Antigüidade: Hipócrates já havia feito referências a este tipo de distúrbios. Em 1700, Ramazzini (2001) descreveu o distúrbio que afetava os escribas e notários, identificando alguns dos fatores etiológicos e manifestações clínicas:

Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos ou outras operações aritméticas. A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão (p.237-8).

A incorporação do telégrafo no século XIX, nos Estados Unidos, produziu uma epidemia deste tipo de afecção, por impor movimentos repetitivos na sua execução. Em 1891, De Quervain identificou o ‘entorse das lavadeiras’ o qual mais tarde foi nomeado Tenossinovite do Polegar ou Enfermidade de De Quervain (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993). A partir da industrialização crescente, estes distúrbios foram se tornando mais freqüentes em decorrência das transformações dos processos produtivos como a Organização Científica do Trabalho, introdução de esteiras que imprimiam ritmo acelerado de produção e aumentavam o caráter monótono e repetitivo do trabalho, inexistência de pausas, pressão da gerência, entre outros. Nas fases mais adiantadas da industrialização, principalmente na segunda metade do século XX, a partir da mecanização, a síndrome adquire maior importância, atingindo vários países do mundo e

vários ramos de produção (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993). A mecanização, em termos de saúde dos trabalhadores implicou em

uma sobrecarga dinâmica na musculatura das mãos e braços e uma sobrecarga estática da musculatura das regiões da nuca, ombros e pescoço, por colocar os trabalhadores em situação de trabalho monótono e repetitivo; e no estresse gerado devido ao ritmo intenso, a pressão pela produção e a perda do controle sobre o próprio processo do trabalho (p.466).

Os termos usados para nomear a síndrome são diferentes nos diversos países onde ocorre. Nos Estados Unidos é usado o termo *Cumulative Trauma Disorders*; no Japão, *Occupational Cervicobrachial Disorder*, na Inglaterra e Austrália é denominada *Repetitive Strain Injuries*. No Canadá é usada a expressão *Lésions Attribuables au Travail Repetitif*. No Brasil, o termo Lesões por Esforços Repetitivos foi “introduzido pelo médico Mendes Ribeiro, em 1986, durante o I Encontro Estadual de Saúde dos Profissionais em Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, resultando da tradução de *Repetitive Strain Injuries*” (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993, p.467). O termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho foi adotado nas Normas Técnicas do INSS (Instrução Normativa nº 98, de 05/12/2003) e nos Manuais de Procedimentos para os Serviços de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), traduzido do termo *Work Related Musculoskeletal Disorders*, cujo uso foi recomendado internacionalmente a fim de “evitar a manutenção de termos diferentes para agravos à saúde considerados semelhantes” (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003, p.1503). No Brasil a tendência tem sido designar a síndrome através do uso concomitante das siglas LER/DORT (MERLO, 2002). A partir da metade da década de 80, vários países enfrentaram epidemias de LER/DORT, como Estados Unidos, Inglaterra, Japão, Canadá e Brasil. A incidência das LER/DORT vem aumentando a partir da segunda metade da década de 80 em países industrializados em nível mundial. Nos Estados Unidos, nos registros de doenças profissionais entre trabalhadores do setor privado, as LER/DORT passaram de 18% em 1992 a 64% em 1994. A incidência por 10.000, que era de 3,6 em 1982, passou a 41,1 em 1994 e 37,8 em 1995 (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003).

No Brasil, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) reconheceu a Tenossinovite como Doença Profissional através da portaria nº 4062, de 06/08/1987. Como referem Assunção e Rocha (1993), este reconhecimento se originou de uma intensa participação dos profissionais em Processamento de Dados, os quais desde 1982

suspeitaram da relação da doença com o trabalho. Foram organizados Congressos anuais da categoria em nível nacional, desde 1984, onde se divulgavam os estudos e levantamentos sobre a doença, e que culminaram com a elaboração de um dossiê entregue ao MPAS, em 1986, fundamentando a identificação das LER/DORT como doença ocupacional. Essa conquista foi fundamental na garantia dos direitos previdenciários não somente dos digitadores, mas também de trabalhadores de outras categorias expostos a fatores de risco semelhantes, que passaram a reivindicar o reconhecimento das LER/DORT como doença profissional. Ainda segundo Assunção e Rocha (1993), em 1990, o Ministério do Trabalho, levando em consideração a solicitação dos profissionais em processamento de dados a respeito da prevenção das LER, reformulou a Norma Regulamentadora 17 (sobre Ergonomia), “propondo recomendações para a prevenção da doença para diferentes categorias profissionais” (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993, p.469). A organização dos trabalhadores em Processamento de Dados através do seu sindicato, possibilitou a conquista de 10 min de pausa “a cada 50 min trabalhados e a limitação do número máximo de toques a 8000 por hora, incluída na legislação a partir de 1990, que produziu a extinção da epidemia de LER nas empresas públicas de processamento de dados no Brasil” (MERLO, 2002, p.180).

No Brasil, os dados disponíveis sobre LER/DORT se referem a trabalhadores celetistas. “Respondem por mais de 80% dos diagnósticos que resultaram em concessão de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez pela Previdência Social em 1998” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.426).

Segundo estudo realizado em um Hospital Universitário (HOEFEL *et al.*, 2002), em dezembro de 2001, dos atendimentos prestados aos funcionários do hospital, 88% eram de novos casos de LER/DORT, sendo 84% mulheres, com idade média de 39 anos. No Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, as LER/DORT correspondem a mais de 70% dos diagnósticos (MERLO, 2002). Num estudo realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) em Porto Alegre (CARVALHO *et al.*, 2003) com 30 trabalhadores portadores de LER/DORT que buscaram atendimento no mês de outubro/2003, 39% (12/30) tinham entre 31-40 anos; eram 26 mulheres e 4 homens. Quanto às funções que exerciam, 43% eram auxiliar de serviços gerais (função que abarca uma quantidade enorme de tarefas diversificadas), e 40% eram operadores de produção e operadores de máquinas em fábricas.

Lima e Lima (1998) apontam que, em Minas Gerais, segundo dados do NUSAT (Núcleo de Saúde do Trabalhador), em 1995 foram atendidos 1160 casos de LER/DORT, correspondendo a 70,6% dos atendimentos. A faixa etária mais atingida é a dos 30-39 anos, havendo um crescimento na faixa dos 20-29 anos, ou seja, trabalhadores jovens, em plena faixa produtiva.

Embora as LER/DORT terem sido inicialmente caracterizadas como ‘doença dos digitadores’, acometem trabalhadores de diversas categorias profissionais. Entre os trabalhadores mais atingidos estão: usuários de terminais de vídeo, profissionais de processamento de dados, trabalhadores na indústria microeletrônica, trabalhadores na manufatura de componentes eletrônicos, trabalhadores de fábricas de pequenos produtos manufaturados e da indústria de processamento de alimentos, operadores de linha de montagem, trabalhadores em escritórios e empresas de telecomunicações (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993).

Incluem diversas patologias: Tendinites e tenossinovites (por exemplo: Doença de De Quervain, Dedo em Gatilho, Epicondilite lateral, Tendinite do Supraespinhoso, Tendinite bicipital, tenossinovite dos extensores ou flexores dos dedos e do carpo, entre outras); Neuropatias Compressivas (por exemplo: Síndrome de Desfiladeiro Torácico, Síndrome do supinador, Síndrome do pronador redondo, Síndrome do Túnel do Carpo, Síndrome do Canal Cubital, entre outras) e Outros, que incluem cistos sinoviais, distrofia simpático-reflexa, bursites, entre outras. Em relação à síndrome miofascial e à fibromialgia, cabe ressaltar que o reconhecimento da relação com o trabalho ainda é um tema polêmico, o que aponta para a necessidade de mais estudos e pesquisas a respeito da origem destas patologias (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003).

Os sinais e sintomas se referem aos tecidos moles do organismo (músculos, tendões, ligamentos, vasos, nervos) e às articulações. Punhos, dedos, braços, antebraços, cotovelos, ombros, pescoço e dorso podem ser atingidos (MERLO, 2002; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003). As LER/DORT podem se manifestar clinicamente, de variadas formas, entre as quais destacam-se:

dor espontânea ou à movimentação passiva, ativa ou contra resistência, sensação de fraqueza, cansaço, peso, dormências, formigamentos, sensação de diminuição ou perda ou aumento de sensibilidade, agulhadas, choques, dificuldades para uso de mãos, vermelhidão, calor e edema locais, presença

de tumefações, áreas de hipotrofia ou atrofia (ASSUNÇÃO; ROCHA, 2003, p.1515).

Existem várias formas de classificar os quadros clínicos das LER/DORT. A maioria das classificações utiliza como critério a relação entre sinais e sintomas e o grau de incapacidade funcional/laboral, para orientar o tratamento. A rotina elaborada pelo Ambulatório de Doenças Profissionais da UFMG/FUNDACENTRO, baseada na classificação proposta pelo Comitê da Associação Japonesa de Saúde Industrial (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993) é a mais difundida em nosso meio. A conduta é orientada conforme o grau de comprometimento, dividido em cinco fases que vão desde a fase 0 em que há queixas subjetivas sem sinais clínicos, até a fase 4 em que a dor é constante, generalizada e ocorrem perda do controle de movimentos, deformidades, atrofia, diminuição importante da força muscular até dificuldade de dormir por causa da dor. As diversas fases podem se sobrepor, não necessariamente seguindo uma seqüência.

A dor é a manifestação principal nas LER/DORT, e pode se originar “numa fadiga muscular localizada ou generalizada, ou num processo inflamatório [...], ou num processo mecânico que evolui para degeneração de tecidos” (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993). A dor é um fenômeno extremamente complexo e subjetivo e a forma e intensidade com que é sentida dependem da experiência anterior do indivíduo e do entendimento a respeito das conseqüências das lesões. Canguilhem (2002) aponta que é “de importância capital que um médico reconheça na dor um fenômeno de reação total que só tem sentido, e que só é um sentido, ao nível da individualidade humana concreta”(p.72).

Reconhece-se a origem multifatorial das LER/DORT, o que aponta para uma abordagem multi/interdisciplinar do tema (LIMA; LIMA, 1998; MERLO, JACQUES; HOEFEL, 2001; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003). Fatores psicossociais e biomecânicos interatuam na origem e evolução do fenômeno musculoesquelético (LIMA, 1998; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003; Instrução Normativa nº 98/ INSS/ DC). A análise detalhada da atividade de trabalho revela os fatores que podem estar relacionados ao aparecimento da doença: organização do trabalho que leva a movimentos repetitivos em alta velocidade, estimulados por prêmios por produção; horas-extras; pressão da chefia; ritmo acelerado; pausas inexistentes ou insuficientes; hierarquia; impossibilidade do trabalhador ter controle sobre as tarefas que realiza; inexperiência e falta de treinamento adequado. Características do posto de trabalho (como mobiliário inadequado, levando a posturas rígidas ou inadequadas, que levam a contratura muscular estática/dinâmica), dos

instrumentos (ferramentas inadequadas, que são pesadas ou exigem força no manuseio) e do ambiente de trabalho, como vibrações, frio, e iluminação deficiente (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993; HOEFEL, 1996). Em relação à postura adotada durante a execução de tarefas, cabe ressaltar que esta “não depende apenas do mobiliário, ela é sobretudo determinada pelo objetivo da ação do trabalhador que busca atingir as metas de produção, através dos meios disponíveis” (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003, p.1526). Some-se a isto competitividade e individualismo aportados pelas novas formas de gestão e a ameaça constante de desemprego, e teremos uma restrição ainda maior das possibilidades de adaptação/reação do trabalhador às exigências das tarefas/organização do trabalho.

Um fator fundamental relacionado ao prognóstico das LER/DORT é o diagnóstico precoce - quanto antes for identificado o problema e os fatores que desencadearam o quadro, tanto melhores serão as chances da sua resolução/não-cronificação e de modificação dos fatores. Porém, e este é justamente um ponto que necessita uma abordagem mais ampla, a maioria dos pacientes chega aos serviços de saúde em fases adiantadas da doença. São várias as razões para esta ocorrência, como o medo de perder o emprego e a própria negação da doença (LIMA; PRADO, 1998; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003).

Carvalho e colaboradores (2003) em pesquisa realizada no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST-POA) a respeito da percepção de trabalhadores portadores de LER/DORT sobre a procura de tratamento, constataram que 70% dos trabalhadores procuram assistência após um ano de sintomatologia. Os fatores determinantes deste tempo são:

53% (16/30): dificuldades relacionadas à organização do trabalho, como impossibilidade de ir consultar durante o expediente, não ter substituto, medo de demissão; 27% (8/30): informação errada sobre a doença (crença de que vai melhorar sozinho, sem tratamento adequado); 17% (5/30): dificuldade de acesso ao tratamento (relacionado à trajetória de não-reconhecimento pelo médico da empresa, sistema de saúde); (1/30): medo de piorar (CARVALHO *et al.*, 2003, p.38).

O diagnóstico tardio complica a situação do trabalhador, pois nos estágios mais avançados da doença, quando já ocorreu a cronificação, é comum a presença de mais de uma afecção específica. É comum o portador usar outros grupos musculares, ou o membro contralateral para compensar a dor, o que pode determinar uma sobrecarga dos mesmos, podendo levar nestes locais, ao desenvolvimento de distúrbios e diminuição do limiar para

suportar a dor. Estes fatores dificultam o processo de retorno ao trabalho, pelas conseqüências em termos individuais e relacionais decorrentes das dificuldades na realização das tarefas.

## **2.2.Os trabalhadores e as LER/DORT**

Em se tratando de trabalho regulamentado, existe um percurso<sup>10</sup> a ser trilhado pelos trabalhadores lesionados, após o diagnóstico da doença, para avaliação do nexos causal e da (in)capacidade laboral e encaminhamentos decorrentes desta avaliação junto ao INSS. O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) apresenta um Fluxograma de decisões médico-administrativas e de condutas em casos de LER/DORT (anexo A):

O fluxograma aponta alguns aspectos pouco valorizados na abordagem médica e enfatiza a importância de modificações e nos ambientes de trabalho.[...] É fundamental a adoção de programas de prevenção e retorno ao trabalho que estimulem a permanência do lesionado no trabalho em atividades diferentes da que exercia anteriormente e identifiquem listas de atividades leves e alternativas que possam facilitar o retorno dos afastados no mais breve espaço de tempo (p.436).

Aponta ainda, a possibilidade de o profissional que atende os trabalhadores recorrer a Vigilância Sanitária, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs), Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Ministério Público como recursos no encaminhamento de soluções. Além disso, é necessária a notificação dos casos diagnosticados aos setores de vigilância do Sistema Único de Saúde (SUS), Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho, e ao sindicato da categoria à qual o trabalhador pertence (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deve ser feita pelo empregador, em todos os casos confirmados de LER/DORT, com o preenchimento do Laudo do Exame Médico (LEM) pelo médico que está atendendo o trabalhador, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexos causal e técnico. Conforme a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa (Instrução

---

<sup>10</sup> O percurso aqui descrito tem por base os procedimentos recomendados pela Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa do INSS, Instrução Normativa nº 98 de 05/12/2003 e o Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, 2001.



Normativa nº 98/ INSS/ DC), “na falta de comunicação pela parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo, nestes casos, o prazo previsto neste artigo” (p.10).

Quando não houver incapacidade para o trabalho, será emitida CAT de notificação (sem afastamento). Quando a incapacidade para o trabalho é constatada, sendo confirmado onexo causal, o trabalhador será afastado do trabalho, sendo concedido o benefício (Auxílio-doença acidentário). Neste caso, quando o afastamento for superior a 15 dias, o segurado terá direito à estabilidade no emprego, pelo período de um ano, a contar da data de cessação do benefício (“Alta” do seguro-acidentário).

Segundo a Instrução Normativa nº 98/ INSS/ DC, os casos em que for concedido o benefício por incapacidade laborativa e que apresentem quadro clínico estabilizado e necessitem de mudança de atividade ou função serão encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional. O segurado retornará periodicamente para perícias médicas programadas, durante a reabilitação. As Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional deverão analisar “cuidadosamente os aspectos físicos e psicossociais do reabilitando, e as condições reais apresentadas pela empresa, para receber de volta o seu funcionário e efetivamente contribuir para a sua reabilitação profissional, sem discriminação”. Nos casos em que houver agravamento ou recidiva de sintomas incapacitantes, o empregador deve emitir nova CAT em reabertura. A cessação do auxílio-doença acidentário pode se dar pela remissão das manifestações clínicas que embasaram a existência da incapacidade laboral, por encaminhamento à aposentadoria por invalidez ou pelo óbito.

Existem, ainda, os casos em que os quadros clínicos não são reconhecidos como relacionados ao trabalho. Nestes casos, o trabalhador é encaminhado ao Auxílio-doença comum, o que geralmente implica em demissão após a cessação do afastamento. Frequentemente a demissão ocorre logo após a constatação do adoecimento.

No processo de retorno ao trabalho é fundamental que a equipe de saúde avalie junto com o empregador ou prepostos, se há comprometimento/prejuízo funcional e possibilidade de agravamento do quadro se o trabalhador permanecer na função exercida anteriormente. Se assim for, deve-se avaliar a possibilidade de troca de função, sob supervisão médica, “para postos em que as tarefas sejam mais leves e sem grande pressão por produtividade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Algumas das dificuldades

enfrentadas pelos trabalhadores lesionados no retorno ao trabalho são o ressentimento e discriminação (por parte da chefia e colegas) pelas limitações funcionais e dificuldade de cumprir as exigências da produção, resistência dos colegas no reconhecimento da doença, exposição ao mesmo contexto de trabalho que gerou o adoecimento (resultando no agravamento do quadro ou acometimento de novos segmentos do corpo), entre outros (LIMA; PRADO, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SATO, 2003). Assim,

o sucesso de um programa de retorno ao trabalho depende das medidas efetivas tomadas pelo empregador para corrigir a situação que originou a doença e das possibilidades que o indivíduo tem ou teve para extrair dessa experiência elementos positivos para a sua identidade enquanto sujeito e cidadão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.436)

Atenção especial deve ser conferida à organização do trabalho, visto sua relação com a gênese de distúrbios musculoesqueléticos (SATO *et al.*, 1993; ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993; LIMA, 1998; GARCIA DE ARAÚJO, 1998). Moon<sup>11</sup> (1996, *apud* ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003) “defende que há um tipo de dor muscular ligada a fatores psicossociais que pode ser explicada pelo aumento involuntário da atividade muscular durante o trabalho, em decorrência das exigências impostas pelo trabalho, ou mesmo que o adoecimento independe da atividade muscular voluntária” (p.1509).

Numa pesquisa sobre reabilitação profissional empreendida em uma empresa bancária, Gravina, Nogueira e Rocha (2003), identificaram aspectos facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. Estabelecer limites na execução das tarefas, preconceito, resistência, pressão para atingir as metas, insegurança e medo com relação ao futuro são algumas das dificuldades relatadas pelos trabalhadores. Entre os aspectos facilitadores se destacam a boa recepção por parte das chefias e colegas e o sentimento de inclusão social que o trabalho oferece. Os autores destacam que a organização do trabalho e as relações interpessoais são fatores “importantes tanto para a saúde, quanto para a doença dos trabalhadores em várias categorias profissionais. Portanto qualquer ação que se pense no contexto do trabalho deve necessariamente contemplá-los” (p.25).

A forma e quanto os fatores biomecânicos irão se constituir em fatores de risco está relacionada à possibilidade de o trabalhador poder organizar sua atividade de forma a evitar estes riscos. Assunção e Almeida (2003) apontam que “os desequilíbrios entre as

---

<sup>11</sup> MOON,S.D. A psychosocial view of cumulative trauma disorders: implications for occupational health and prevention. In: MOON S.D., SAUTER,S.L. **Beyond biomechanics. Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work.** London: Taylor e Francis,1996 p.109-143.

exigências das tarefas e as margens deixadas pela organização do trabalho para que o trabalhador, durante a atividade, mobilize as suas capacidades dentro das suas possibilidades, estão na origem das LER” (p.1502).

Essas questões apontam para a valorização positiva conferida ao ato de trabalhar e sua vinculação ao processo de adoecimento. Ao relacionar a ‘doença dos nervos’ à ocorrência de acidentes e doenças profissionais, Jacques (2002) aponta a existência de “modos de ser e trabalhar que se constituem em atributos [morais] da identidade de trabalhador e que são explorados pela organização do trabalho como formas de aumentar a produtividade mesmo que representem agravos à saúde do trabalhador” (p.104).

A positividade moral atribuída ao trabalho é abordada em diferentes perspectivas, tendo sido exaustivamente estudada por Weber (2002).

A oposição entre trabalho e ócio, em que esse é identificado com a vagabundagem, remete aos primórdios da industrialização e da formação da classe operária. Batalha<sup>12</sup> (1991, *apud* SCHMIDT, 2002), em estudo sobre a classe operária no Brasil refere que

as elites brasileiras do final dos oitocentos seguidamente identificam as ‘classes laboriosas’ às classes ‘perigosas’, não diferenciando trabalhadores de desocupados, mendigos, contraventores e criminosos, pois, todos, afinal de contas, compartilhavam os mesmos espaços na cidade e a mesma existência miserável.[...] A defesa da honra e da moral [...] era uma forma de distinção para os trabalhadores qualificados que, progressivamente, constituíam sua identidade a partir da noção de trabalho”(p.88).

A ética do trabalho está em conformidade com o modo de produção a que o trabalhador está submetido, determinando modos de trabalhar e modos de ser nas suas atividades cotidianas.

Nardi (2002a) se refere às transformações derivadas da passagem do modelo taylorista-fordista para o da acumulação flexível<sup>13</sup>. O modelo taylorista-fordista sustentou-se nas décadas de 60/70 na Europa através do Pacto Social, que se caracterizava pelo compromisso em torno do eixo Estado/Capital/Trabalho. Esse, “se sustenta na promessa de pleno emprego e na segurança associada à regulamentação das relações de trabalho.

---

<sup>12</sup> BATALHA, C.H. de M. Identidade da classe operária no Brasil (1880-1920): atividade ou legitimidade? *Revista brasileira de história*, v.12, n.23/24, set/1991/agosto/1992.

<sup>13</sup> No Brasil convivem, atualmente, várias formas de organização do trabalho, que variam desde o modelo taylorista-fordista, até o da acumulação flexível, passando por formas híbridas, que unem de maneira variável, aspectos de um e de outro modelo.

[...] O emprego assalariado coloca o trabalho em uma nova ordem social, a qual deveria garantir a distribuição de renda e o crescimento econômico” (NARDI, 2002a, p.35).

No caso do Brasil, a expectativa da melhora das condições de vida e trabalho através do pacto social, não se realizou plenamente, mesmo tendo ocorrido um período de crescimento rápido, o chamado “milagre brasileiro”. Segundo Rose<sup>14</sup> (1995, *apud* NARDI, 2002b), a ética do trabalho, nesta época, tinha como princípios definidores:

- 1) A busca individual do sucesso; 2) A capacidade e o desejo de postergar prazeres imediatos com o objetivo de acumular virtudes e dinheiro [...]; 3) A aceitação e a concordância de uma obrigação moral em trabalhar diligentemente e disciplinadamente [...]; 4) A obediência e a sensação de dever para com as ordens ‘justas’ do patrão; 5) A importância do trabalho, na vida como um todo, como uma fonte de significado e um senso de valorização pessoal (centralidade do trabalho). (p.116)

No modelo da acumulação flexível, novas formas de trabalho se estabelecem, e essas, por sua vez, se expressam nos modos de adoecer por LER/DORT e no enfrentamento das dificuldades quando do retorno ao trabalho. As novas formas de gestão exigem do trabalhador maior flexibilidade, aprendizado e incorporação de novas tecnologias, assimilação e adaptação às metas e objetivos da empresa, aliados a ‘enxugamentos’ constantes do número de trabalhadores, cobranças de aumento no ritmo de produção e formas precarizadas de trabalho (NARDI, 2002a). Além disto valorizam e estimulam a polivalência, individualismo e competitividade entre os pares, gerando sofrimento psíquico.

Este tipo de interação sujeito-trabalho, relacionado às novas formas de gestão, é facilmente identificado em certas categorias profissionais como os metalúrgicos, bancários, digitadores, entre outras. Numa pesquisa feita com trabalhadores do setor bancário, ao estudar o grupo de lesionados, Lima (1998) constatou que reagem a uma organização patogênica do trabalho, sendo os mais responsáveis, exigentes e perfeccionistas, e, por tentarem atingir ou ultrapassar as metas de produtividade impostas pela empresa, estavam mais expostos ao adoecimento:

- estes traços de personalidade estão disseminados amplamente na população em geral, não podendo ser considerados, isoladamente, como determinantes

---

<sup>14</sup> ROSE, M. **Re-working the world ethic: economic values and socio-cultural politics**. New York: Schocken Books, 1995.

de nenhuma doença.[...] entendemos que a verdadeira determinação está no encontro entre as pessoas com tais traços de personalidade e uma organização patogênica do trabalho cujas exigências venham exacerbar estes traços (p.103).

O estudo de Sato e colaboradores (1993) sobre atividade em grupo com portadores de LER/DORT, ressalta os aspectos psicossociais relacionados a estes distúrbios. A autculpabilização é freqüente, e está ligada à noção de “propensão ao acidente”, “ato inseguro” em que o trabalhador é responsável pelo acidente, ou seja, por uma falha pessoal na execução da tarefa. Assim, como aponta Sato (2003) “produzem-se e reproduzem-se explicações que culpabilizam as pessoas e individualiza-se a explicação e a causa de problemas sociais” (p.65).

A invisibilidade da doença (nos estágios iniciais não há sinais visíveis do adoecimento) expõe os trabalhadores a humilhações, discriminações e preconceitos da parte de chefes, colegas de trabalho, médicos e familiares, que acham que o sujeito está ‘simulando’ ou fingindo que está doente. Esta situação obriga o trabalhador lesionado a se identificar com a situação de incapaz ou inválido na tentativa de provar que está doente. Este contexto, aliado à insegurança em relação ao prognóstico da doença, à incapacidade funcional e laboral, que o leva a sentir-se um ‘peso’ para colegas e familiares, termina por reforçar uma postura de vitimização, que muitas vezes desencadeia quadros depressivos podendo levar até ao isolamento social (LIMA, 1998; GARCIA DE ARAÚJO, 1998; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003; SATO, 2003). Num estudo de 27 casos de LER/DORT atendidos no Ambulatório de Doenças Profissionais da Faculdade de Medicina da UFMG, Assunção (2004) apresenta algumas hipóteses para explicar o porquê das alterações de humor no decorrer das LER/DORT: “a dor da perda da saúde; a dor da decepção ao ser excluída do ambiente de trabalho; a dor do não reconhecimento; a dor da humilhação no lócus da perícia médica- precisa provar aquilo que aflige; dói porque dói e dói porque tem que provar que dói” (p.16).

Lima (1998) ressalta que a organização do trabalho patogênica termina levando os trabalhadores a buscar formas individuais de proteção contra o adoecimento. Ao estudar o grupo de bancários ‘não-lesionados’ constatou que

tentam responder à mesma situação patogênica de trabalho, adotando uma postura mais flexível em relação ao atendimento de exigências, tentando entender melhor seus limites e estabelecer uma distância mínima em relação à instituição onde trabalham, de modo a preservar um pouco sua vida

pessoal. [...] A maioria se contenta com uma produção dentro da média o que, sem dúvida, implica numa carga menor de trabalho, e conseqüentemente numa forma de proteção contra a doença (p.105).

Este tipo de posicionamento frente à organização do trabalho patogênica se baseia na identificação do nexos causal, e conseqüente entendimento sobre limites físicos e psíquicos que devem ser respeitados. Esta compreensão possibilita o enfrentamento da doença, em nível individual, mas como Lima (1998) ressalta, “não significa que seja eficaz na prevenção coletiva, a única que nos parece desejável” (p.107). Em nível coletivo, o mais freqüente é, a partir do adoecimento (raramente antes dele), a busca de orientação e apoio junto a sindicatos, atuação junto a CIPA nos locais de trabalho, organização de grupos de apoio ou associações que orientam o trabalhador na prevenção, tratamento e questões jurídicas, entre outros.

Este contexto remete à discussão que Canguilhem (2002) faz sobre o conceito de saúde e doença, o normal e o patológico: “A doença não é uma variação da dimensão da saúde: ela é uma nova dimensão da vida. [...] A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação” (p.149). No caso dos trabalhadores lesionados, privação da capacidade laboral, funcional, financeira, relacional, entre outras, que estes distúrbios causam. Mas o conceito inclui a possibilidade de reformulação. Desta forma, aprender a respeitar os limites físicos e psíquicos torna-se fundamental no processo de reabilitação dos trabalhadores lesionados. Ainda conforme Canguilhem (2002), saúde não equivale ao ‘normal’, mas à capacidade de enfrentar crises - adoecer faz parte da vida: “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (p.158).

## METODOLOGIA

O referencial metodológico utilizado foi o da pesquisa qualitativa. Víctora, Knauth e Hassen (2000) referem que os métodos qualitativos de pesquisa são úteis no entendimento do contexto onde um determinado fenômeno ocorre, propiciando um conhecimento mais profundo de um evento. Em síntese, seus pressupostos podem ser assim resumidos (VÍCTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000):

Em primeiro lugar, parte-se do reconhecimento de que o mundo real só existe de fato, na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós. [...] A realidade social não é um todo unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo, estes sim, uma totalidade. [...] As sociedades se movimentam a partir de forças da ação individual e grupal (p.34).

Entre as estratégias utilizadas em abordagem qualitativa, tem-se o estudo de caso. Yin (2001) aponta que os estudos de caso são a estratégia preferencial “quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisado tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (p.19). A diferença em relação a experimentos, por exemplo, é que nestes, o fenômeno a ser estudado é propositalmente separado de seu contexto, com o intuito de se estudar apenas algumas variáveis. Ainda marcando a diferença em relação a outros tipos de pesquisa, os estudos de caso não se propõem a generalizações estatísticas, e sim analíticas: “na generalização analítica, o pesquisador está tentando generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente” (YIN, 2001, p.58).

Segundo o mesmo autor, os estudos de caso têm sido largamente utilizados como recurso de ensino, ou como forma de se manter registros que facilitem a prática, nos campos do direito, medicina, psicologia e administração, entre outros. Mas este tipo de estudo de caso tem critérios diferentes do seu uso em pesquisa. Quando o objetivo é o ensino, a forma mais comum é o estudo de caso único, e não é necessário que contenha “uma interpretação completa ou acurada; em vez disso, seu propósito é estabelecer uma estrutura de discussão e debate entre os estudantes” (p.20). No caso da pesquisa, em que se pode usar tanto estudos de caso único quanto múltiplo, exige-se um maior rigor na apresentação dos dados empíricos.

Em relação à escolha entre caso único ou múltiplo, Yin (2001) afirma que “é provável que o caso raro ou incomum, o caso crítico e o caso revelador impliquem apenas em casos únicos, por definição”. Por outro lado, “[...] as provas resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como sendo mais robusto” (p.68). Com base nestes pressupostos, o estudo de caso múltiplo foi a estratégia escolhida nesta pesquisa. Tal escolha se fez por permitir a exploração de um maior número de situações e contextos em que se dá o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores lesionados, possibilitar análises cruzadas entre os casos, e por se tratar da análise de trajetórias, tornar evidentes suas singularidades e regularidades.

### **Procedimentos**

Com base nos pressupostos que fundamentaram a abordagem metodológica e nos objetivos e questões norteadoras, estabeleceu-se alguns parâmetros para a escolha dos participantes do estudo, do setor de trabalho a que estavam vinculados e das técnicas empregadas para a aproximação da temática e para a análise e discussão dos resultados.

Os sujeitos com diagnóstico de LER/DORT que participaram da pesquisa foram escolhidos entre trabalhadores do ramo metalúrgico, que estavam em acompanhamento no Ambulatório do Setor de Saúde Ocupacional do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre no período de janeiro a agosto de 2004. Também foram critérios de escolha: que houvessem sido afastados do trabalho com registro de CAT, por pelo menos três meses (para caracterizar a saída do mercado de trabalho) e que, cessado o afastamento, houvessem retornado e permanecido no trabalho por pelo menos um mês; e que não fossem (ou tivessem sido) “cipeiros” (representantes da CIPA da empresa onde trabalham) e/ou sindicalistas (a fim de evitar um possível viés militante ou sindicalista nos depoimentos). A escolha pelo setor metalúrgico se deu por ser uma das categorias mais afetadas pelas LER/DORT (LIMA, 1998;



GARCIA DE ARAÚJO, 1998; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003) e em função da experiência da pesquisadora no atendimento aos metalúrgicos, ao longo de 12 anos, no Ambulatório do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre.

O setor metalúrgico<sup>15</sup> abrange um leque de atividades bastante amplo, que inclui a produção de toda espécie de utensílios, peças, máquinas e ferramentas, utilizando como matéria prima o metal puro (ferro, aço) ou ligas metálicas (ferro ligado ao carbono, ou o aço ligado ao cromo, manganês ou silício, por exemplo), que podem ainda ser submetidos a processos de aquecimento ou resfriamento, para aumentar sua consistência ou rizeza (FERREIRA, 1999). A categoria metalúrgica é formada por trabalhadores das indústrias metalúrgicas, mecânicas, de materiais elétricos e de reparação de veículos.

A metalurgia teve um papel importante na industrialização brasileira, e particularmente em Porto Alegre. No livro “Aspectos gerais de Porto Alegre”, Pimentel (1945) apresenta uma seção sobre as indústrias de Porto Alegre e arredores, baseado em dados da Imprensa Oficial da época. Segundo o autor, a metalurgia figurava em terceiro lugar entre as indústrias de Porto Alegre. Em 1945 havia 46 fábricas metalúrgicas com um total de 2608 operários. Muitas delas foram fundadas por imigrantes europeus que vinham de “regiões próximas de Porto Alegre, das margens dos rios que desembocavam na capital” e “traziam do país de origem conhecimentos de maquinofatura” (PIMENTEL, 1945, p.345). Estas fábricas produziam “balanças fogões, parafusos, tesouras, fundição, artigos de alumínio, artefatos de metal, talheres, aparelhos elétricos, chumbo para caça, etc.” (p.351).

A primeira fábrica, fundada em 1857, foi a ‘Fábrica de Máquinas e Fundição de José Becker e Irmãos’ (p.347). Os estaleiros (fábricas de embarcações) tinham um papel fundamental (‘Fábrica Berta’, fundada em 1873, e o ‘Estaleiro Mabilde’, fundado em 1896), pois “a navegação fluvial era o único meio de transporte viável, [...] por volta de 1860/80, até o surgimento das estradas de ferro, já que Porto Alegre era escoadouro da produção das colônias alemã e italiana” (BILHÃO,1999). Algumas das fábricas mais conhecidas e tradicionais de Porto Alegre e região metropolitana foram fundadas entre o final do século XIX e início do século XX: Fábrica Berta e Cia: 1873 (estaleiro, fundição, oficina mecânica, fabricava também fogões de ferro, camas, cofres, etc); Steigleder: 1893; Wallig: 1904 (camas,

---

<sup>15</sup> O verbete metalurgia vem do grego *metallourgía* e significa trabalho de metais (FERREIRA, 1999).

fogões); Companhia Geral de Indústrias (em São Leopoldo): 1914 (fogões, camas, parafusos, porcas, dobradiças, etc).

Inicialmente as fábricas se localizaram no Bairro Navegantes, que era considerado o Bairro Industrial, no entorno das ruas Voluntários da Pátria e Almirante Barroso, entre outras, próximo ao Rio Guaíba. A partir da década de 30, cresceram os estabelecimentos industriais na Zona Norte (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 1991), que passou a abrigar um número cada vez maior de fábricas metalúrgicas, nos bairros Passo D'Areia e Cristo Redentor. O conjunto habitacional do IAPI (Instituto de Aposentadoria dos Industriários, criado em 1936) foi construído nesta região.

O Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre, criado em março de 1931, concluiu a construção da sua sede própria em 1959, estrategicamente localizada no Bairro Cristo Redentor, tendo várias fábricas no seu entorno, até os dias de hoje. A 'base' do Sindicato é formada pelas cidades de Porto Alegre, Viamão, Cachoeirinha, Gravataí, Glorinha, Alvorada, Guaíba e Eldorado do Sul. Em 1999, o número de fábricas na base era de 2992, com 27000 trabalhadores, sendo 80,6% homens e 19,4% mulheres (SINDICATO DOS METALÚRGICOS DE PORTO ALEGRE, 1999).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais, semi-estruturadas, baseadas num roteiro previamente estabelecido (apêndice A) que explorava o tipo de patologia apresentado, o contexto de trabalho, o percurso antes e durante o afastamento do trabalho, dificuldades no retorno ao trabalho, significados do trabalho, situação atual, perspectivas, medos, planos, entre outros.

A escolha do Ambulatório do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre como local para a realização das entrevistas se deu por ser de fácil acesso para os trabalhadores, por possuir local reservado onde as entrevistas podiam ocorrer com privacidade e permitir a pesquisa local aos prontuários, resultados de exames, cópias de laudos e CATs que constavam em seus arquivos. Além disso, a pesquisadora e os trabalhadores estão familiarizados com o local, uma vez que esses últimos são usuários do Ambulatório e geralmente têm uma relação de confiança com a equipe que lá trabalha. Obteve-se uma autorização por escrito junto à direção do Sindicato, para o uso das dependências do mesmo na realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Tiveram a duração aproximada de uma hora e trinta minutos, cada uma. No momento da realização da entrevista, a pesquisadora se apresentava, expunha o tema, objetivos e procedimentos da pesquisa; o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B) era apresentado então ao trabalhador, e após sua leitura, eram esclarecidos os termos que não tivessem sido compreendidos, ou dúvidas a respeito de cada um dos seus itens. Garantia-se que a empresa onde trabalhavam não seria identificada nominalmente e nem por particularidades de seu processo produtivo. Como forma de preservar a identidade dos participantes, sugeriu-se que escolhessem um nome ou pseudônimo para ser utilizado ao longo da pesquisa.

Inicialmente foi feito contato com os médicos do trabalho que atendem os trabalhadores portadores de LER/DORT no Setor de Saúde Ocupacional do Ambulatório do Sindicato dos Metalúrgicos e com a secretária responsável pela triagem<sup>16</sup> dos trabalhadores, para que auxiliassem no processo de indicação de trabalhadores que atendessem os critérios de inclusão na pesquisa. A agenda de marcação de consultas do Ambulatório fornecia dados como o nome do sujeito, número do prontuário e telefones para contato. Como naquele momento de aproximação do campo (abril de 2004) somente dois sujeitos atendiam aos critérios estabelecidos, e os dados de atendimento do Ambulatório não são informatizados, foi necessário realizar uma busca nos arquivos do Setor de Saúde Ocupacional.

Esta busca se revelou exaustiva e pouco produtiva, uma vez que as pastas dos arquivos eram organizadas por Empresa. Havia dezenas de pastas, e em cada pasta, dezenas de prontuários, cuja classificação era apenas por ordem alfabética (ou seja, não eram classificadas por patologia). Era necessário revisar os prontuários um a um para saber se o sujeito era portador de LER/DORT, para então verificar no prontuário médico se preenchia os critérios para ser entrevistado.

Em uma das visitas feitas ao ambulatório encontrou-se por acaso um levantamento realizado no início de 2004 com uma relação dos trabalhadores atendidos no local e o tipo de patologia de origem ocupacional que apresentavam, mas que não fornecia informações completas (por exemplo, se o trabalhador estava afastado do trabalho ou não). Além disso, muitos não haviam retornado ao trabalho ainda. De qualquer forma, sempre era necessário recorrer às pastas e prontuários. Havia uma dificuldade adicional no processo de seleção de candidatos à entrevista: muitos dos que tinham alta do Seguro para retornar ao trabalho, não voltavam ao Ambulatório (provavelmente por dificuldades de horário). Era mais comum

---

<sup>16</sup> A triagem se caracteriza por uma pré-consulta, em que os trabalhadores fornecem informações para o preenchimento de um questionário sobre o motivo de terem procurado o Ambulatório, as condições e ambiente de trabalho a que estão expostos, situação atual, entre outros.

retornarem ao Ambulatório quando discordavam do parecer da perícia ou pela agravação do quadro clínico.

Priorizou-se, portanto, a indicação dos técnicos do local, de trabalhadores que preenchessem os critérios propostos, levantando-se um total de 13 sujeitos. Contatados, se verificou que sete não se adequavam aos critérios estabelecidos (eram ou tinham sido cipeiros, não tinham retornado ao trabalho). Dos seis restantes, foram realizadas entrevistas com quatro sujeitos. Tal limite se deu em função do tempo de investigação e da recorrência de informações similares (critério de saturação para pesquisas qualitativas).

Recorreu-se, ainda, à análise dos prontuários médicos, resultados de exames e CATs dos sujeitos entrevistados, procedimento também autorizado pelos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O cruzamento destas informações com os dados levantados nas entrevistas, auxiliou na compreensão do adoecimento, diagnóstico, tratamento, condutas médicas e intercorrências, dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores lesionados no processo de retorno ao trabalho, bem como no esclarecimento e confirmação de datas (de encaminhamento ao SAT ou de retorno ao trabalho) e delimitação dos períodos de afastamento/permanência no trabalho, entre outros. Pôde-se, assim, reconstituir o percurso dos sujeitos, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, procura de assistência médica, retorno ao trabalho, até a situação em que se encontravam em dezembro de 2004. Em alguns casos foi possível acessar cópias de laudos da perícia do Instituto Nacional de Seguridade Social, que forneceram dados sobre o período em que os trabalhadores estavam no Seguro de Acidentes de Trabalho, como o encaminhamento ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP), avaliação com perito-especialista, condutas médicas, entre outros. A utilização de diferentes procedimentos de coleta de dados é recomendada por Yin (2001) e Queiroz (1987). Com relação a temáticas associadas à saúde do trabalhador, temos autores clássicos como Le Guillant (1984, *apud* LIMA, 2002a) que também recomendam a utilização de todos os instrumentos disponíveis na coleta de informações.

A análise dos depoimentos foi baseada na análise de conteúdo (BARDIN, 1977, MORAES, 1993), que apresenta várias etapas: preparação das informações (leitura flutuante, codificação dos depoimentos); transformação do conteúdo em unidades (de significado); classificação das unidades em categorias (por semelhança ou analogia); descrição (síntese dos significados captados e lidos a partir do material) e interpretação.

A forma escolhida de apresentação e discussão dos dados baseou-se nos pressupostos de Yin (2001) e Lima (2002b), e na experiência da autora no exercício da clínica médica.

Conforme Yin (2001), uma das formas de se compor o relatório final de um estudo de casos múltiplos é a que “cada capítulo ou seção deve se destinar a uma questão distinta de caso cruzado, e as informações provenientes de casos individuais devem ser distribuídas ao longo de cada capítulo ou seção. Com este formato, podem-se apresentar informações resumidas sobre os casos individuais” (p.169). O referencial apontado por Lima (2002b), resgata a história de vida dos sujeitos “além de analisar os significados que atribuem ao seu trabalho, as relações interpessoais (entre pares, com a hierarquia e com os clientes), as pressões psicológicas a que estão submetidos e as defesas que elaboram contra elas” (p.128), cruzando estes aspectos com o contexto de trabalho ao qual estão expostos<sup>17</sup>.

Sendo assim, optou-se por apresentar informações sucintas sobre os casos individuais, sob a forma de trajetórias que incluem dados biográficos e da história laboral dos entrevistados, indicando os percursos trilhados até o retorno ao trabalho e a situação em que se encontravam em dezembro de 2004. Procedeu-se à apresentação cruzada dos dados, dividida em três seções, as quais correspondem às categorias definidas em função das questões norteadoras e objetivos da pesquisa: contexto de trabalho, afastamento/retorno ao trabalho e significados do trabalho. Conclui-se o capítulo analisando-se as particularidades e singularidades presentes nas trajetórias dos trabalhadores, segundo os pressupostos de Arendt (1994; 1995; 2001; 2004) e Canguilhem (2002).

---

<sup>17</sup> Lima (2002b) recomenda, sempre que possível duas análises: Análise Ergonômica do Trabalho (observação direta da situação de trabalho) e Análise Psicossocial do Trabalho. Devido ao fato de as empresas não permitirem o acesso ao interior das fábricas, não se procedeu à observação direta das situações de trabalho.

## APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 1. Trajetórias profissionais <sup>18</sup>

#### **Claudia**

Claudia é uma mulher de 53 anos, viúva, 2º grau completo. Mora com dois filhos, de 28 e 23 anos. Tem ascendência alemã. Sempre quis estudar (tentou fazer curso de digitação depois de casada) e trabalhar, mas o marido não permitia. Começou a trabalhar aos 38 anos de idade (em fevereiro de 1990), depois que o marido faleceu - trabalha na mesma empresa há 14 anos.

Após seis meses de trabalho como auxiliar de fábrica, surgiram os primeiros sintomas de tendinite no ombro direito. Ficou afastada do trabalho por uma semana, com atestado médico e retornou ao trabalho, na mesma função. Um ano e meio depois, conseguiu ser promovida a operadora de máquinas. Tinha fascínio pelo movimento e exatidão das máquinas CNC (Controle Numérico Computadorizado), motivo pelo qual insistiu para que pudesse trabalhar com elas. Acredita que se tivesse trabalhado somente com essas máquinas, não teria adoecido. Inicialmente, trabalhava com seis máquinas convencionais e duas CNC.

Em 1993 tentou novamente estudar. Matriculou-se no Curso Técnico em Eletrônica, mas teve dificuldades em acompanhar a turma. Além disto, sentia-se “deslocada” em relação aos colegas mais jovens e terminou desistindo do curso.

Depois de quatro anos, passou a operar quatro máquinas convencionais (em vez de seis) e duas CNC, devido à insistência para que trocassem as máquinas, pois as CNC exigem menos esforço e movimentos do operador. Achava injusto ser trocada de setor, após o adoecimento, pois “o sistema” é que estava errado e não ela: se o setor continuasse com as máquinas

---

<sup>18</sup> Optou-se por apresentar, após o resumo de cada caso, as trajetórias em forma de esquemas, os quais facilitam a visualização dos percursos trilhados pelos sujeitos desde o início do trabalho em metalurgia até a situação em que se encontravam em dezembro de 2004.

convencionais, outras pessoas adoeceriam. Nesta época não queria ser encaminhada ao Seguro porque era responsável pelo sustento dos filhos (a pensão que recebia não era suficiente para sua manutenção); costumava fazer horas-extras para aumentar seu rendimento mensal.

Em 2000, além da dor no ombro, já apresentava dores no cotovelo e joelho direitos. Ficou dois anos sem tratamento. Quando o quadro tornou-se grave a ponto de dificultar as tarefas em casa, e os filhos já estavam crescidos, procurou atendimento no Sindicato (agosto de 2002). Apresentava dor no joelho direito, dor no ombro e cotovelo direitos e dor e parestesia na mão direita. Em janeiro de 2003 apresentou quadro que posteriormente foi confirmado como Síndrome do Túnel do Carpo (STC) à direita. O médico da empresa indicou tratamento medicamentoso. Foi solicitado CAT à empresa, pelo médico do sindicato.

Foi afastada do trabalho em abril de 2003 (apresentava dor e parestesias à noite e não conseguia realizar as tarefas domésticas) e submetida a cirurgia em junho do mesmo ano. Teve alta para o trabalho em agosto de 2003, ainda com dor e edema na mão direita, retornando ao trabalho (na mesma função). Quando retornou ao trabalho, o comando de uma das máquinas (que era por pedal) passou a ser manual, para abrir e fechar a máquina, no início e fim de cada operação. O dispositivo acionado com a mão direita através de uma alavanca, foi mantido.

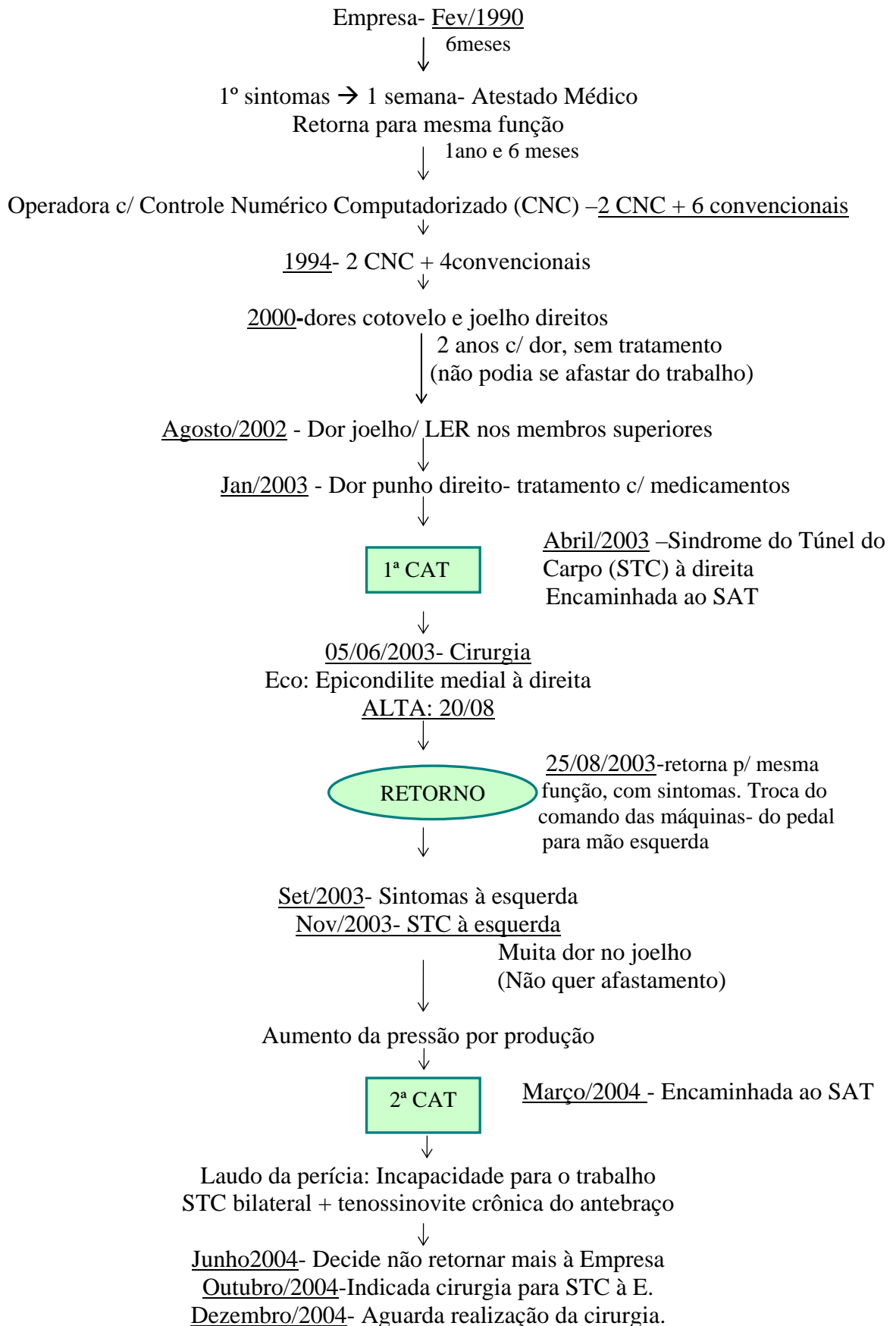
Em setembro de 2003 (um mês depois), começou a apresentar dores no punho esquerdo. Não queria se afastar do trabalho, pois achava que prejudicaria sua “ficha na empresa”. Em novembro houve aumento da pressão por produção na empresa e os sintomas pioraram. Ao consultar o médico, foi feito o diagnóstico de STC, agora no punho esquerdo, e agravamento da STC à direita.

Em março de 2004 foi encaminhada pela segunda vez ao SAT, com diagnóstico comprovado através de Eletro-neuromiografia. O laudo do cirurgião-perito atesta “incapacidade para o trabalho por STC bilateral e tenossinovite crônica do antebraço”. Desde então (março de 2004) está afastada do trabalho; o Ortopedista confirmou a necessidade de cirurgia por STC à esquerda. Em junho de 2004, quando foi realizada a entrevista, afirmou que havia decidido não retornar mais à empresa. Mesmo que tivesse alta para o trabalho, iria abrir mão da sua estabilidade, por não suportar a pressão da chefia e o medo de errar na realização das tarefas. A tensão e irritabilidade decorrentes desta situação, terminavam influenciando negativamente na relação com os filhos, além da limitação na realização de

atividades em casa. Tem planos de trabalhar em outro ramo (transporte de pessoas), mobilizada pelo fascínio do (manter-se em) movimento.

Em dezembro de 2004 continuava afastada do trabalho, aguardando a realização da cirurgia no punho esquerdo.



**Figura 1: Trajetória de Claudia**

**João Carlos**

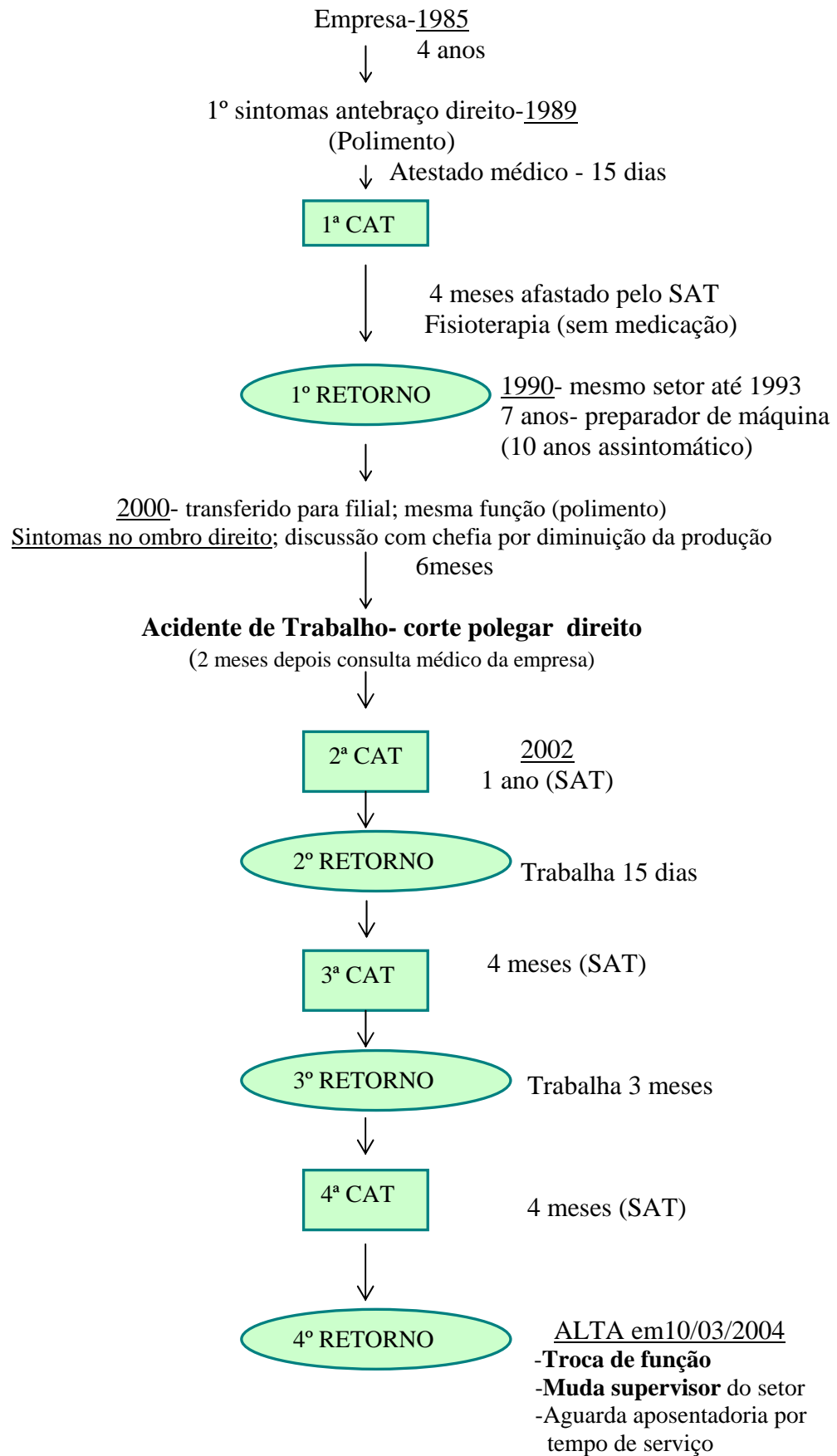
João Carlos tem 49 anos, 1º grau completo, natural de cidade do interior do estado, casado pela segunda vez (sua esposa é metalúrgica e apresenta a mesma patologia que ele). Começou a trabalhar com o pai, na construção civil, com 15 anos de idade. Aos 18 anos saiu da casa dos pais para trabalhar noutra cidade já como metalúrgico, com “carteira assinada”, após fazer curso técnico do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Achou que não precisava continuar os estudos por já ter conquistado sua independência financeira. Voltou a trabalhar em construção civil por mais quatro anos, e em 1985, retornou para a empresa onde atualmente trabalha, há 19 anos.

O primeiro sintoma (edema no antebraço direito) apareceu depois de quatro anos trabalhando em polimento de peças. Ficou afastado durante 15 dias por atestado médico, e como não melhorou, foi emitida a CAT com encaminhamento ao SAT. Permaneceu afastado do trabalho durante quatro meses, fazendo fisioterapia, sem usar medicação, com resolução do quadro. O primeiro retorno ao trabalho se deu em 1990, para o mesmo setor, onde permaneceu até 1993. Depois, trabalhou como preparador de máquinas durante sete anos. Não apresentou sintomas por aproximadamente 10 anos.

Em 2000, seis meses após ter sido transferido para a filial da empresa, também na função de polimento, apareceram sintomas no ombro e braço direitos (sensação de peso e cansaço, perda de força- as peças caíam da mão). Seis meses depois, sofreu acidente de trabalho: uma peça caiu da sua mão, batendo na polia, o que fez com que a peça fosse arremessada de volta, contra sua mão, causando um corte no polegar direito. Dois meses depois, devido a este acidente e ao fato de ter discutido com o supervisor (recebeu uma advertência por isto) por não estar conseguindo manter a produção, decidiu consultar com o médico da empresa. Até então, não havia comentado com ninguém do seu setor sobre os sintomas. Em 2002 foi encaminhado novamente para o SAT. Retornou ao trabalho depois de um ano, e em 15 dias foi emitida CAT em reabertura por sentir dor ao movimento, mesmo sem fazer esforço. Permaneceu afastado quatro meses e retornou novamente ao trabalho. Trabalhou três meses e foi, pela quarta vez, encaminhado ao SAT, onde permaneceu mais quatro meses.

Teve alta para o trabalho em março de 2004. Desta vez foi trocado de função, trabalhando com peças mais leves, num trabalho que, embora fosse repetitivo, exigia menos esforço. Nesse meio tempo, o supervisor do setor foi substituído por outro, não tão rígido e controlador quanto o anterior. Em dezembro de 2004 continuava trabalhando, à espera da aposentadoria por tempo de serviço.

**Figura 2: Trajetória de João Carlos**



**JD**

JD é um homem de 53 anos, natural do interior do estado, 1º grau incompleto (estudou até 3ª série do 1º grau), casado. Mora com a esposa e a filha de 28 anos. Começou a trabalhar aos oito anos de idade, ajudando o pai na lavoura de arroz até os 24 anos de idade, quando casou e mudou-se para Porto Alegre com a esposa.

Trabalhou na empresa “A” em 1975, durante seis meses. Em 1976 trabalhou na empresa “B”, como ajudante (operando máquinas). Como aprendeu bem e depressa a executar sua função (havia um colega mais experiente que ensinava os “novatos”), cerca de um ano depois foi promovido a “profissional montador”. Resolveu continuar nesta atividade porque como “não tinha estudo, não adiantava lutar por profissão”. Durante cerca de sete anos, fez muitos serões e horas-extras, além de trabalhar em “desvio de função”, para ajudar os colegas. Como na época conseguia manter a família só com o seu salário, decidiu que a esposa não trabalharia mais, para engravidar e cuidar da filha (até hoje se arrependem dela ter parado de trabalhar, pois hoje poderiam estar numa situação financeira melhor). Em 1983 a empresa mudou-se para o interior do estado, ocasionando muitas demissões. JD refere que ele e os colegas ficaram “apavorados” na época. Ficou alguns meses desempregado, até conseguir trabalho na empresa “C”, onde ficou cerca de um ano e meio.

JD sempre foi sócio do sindicato, e costumava se manifestar nas assembleias, geralmente em função de reivindicações salariais. Refere que na época não se ouvia falar em doença profissional, e os encaminhamentos ao SAT se davam basicamente em função de acidentes de trabalho. Costumava participar também dos campeonatos de futebol de salão promovidos pelo Sindicato, com um time formado pelos colegas de trabalho.

Em 1984 saiu da empresa “C” para trabalhar na empresa “D”, que oferecia um salário melhor, mas o ritmo de produção era acelerado. Um ano e meio depois, apareceram os primeiros sintomas: dor e perda de força no antebraço esquerdo (usava o membro superior esquerdo para segurar peças pesadas, e executar movimentos repetitivos). Durante cerca de dois anos, ele e os colegas trabalharam num ritmo muito alto de produção, fazendo muitas horas-extras e serões (havia ameaça de demissão para quem não fizesse). Um dos seus irmãos, também metalúrgico (atualmente falecido), foi demitido na época, por se negar a fazer serões.

Em julho de 1997 os sintomas pioraram. Consultou o médico no sindicato e foi encaminhado ao CRST para investigação que apontou a existência de Epicondilite e Síndrome do Túnel do Carpo (STC) à esquerda. A emissão da CAT e encaminhamento ao SAT

ocorreram em outubro de 1997. Ficou afastado do trabalho durante um ano e sete meses, em tratamento medicamentoso e com fisioterapia diária, obtendo alívio parcial dos sintomas.

Em maio de 1999 retornou ao trabalho na mesma função. Em sete meses houve agravação do quadro inicial, com novos sítios de dor: ombro e região escapular esquerda, além de parestesias no segundo e terceiro dedos da mão esquerda. Em dezembro de 1999 foi novamente encaminhado para exames no CRST que solicitou à empresa emissão de CAT de retorno. A empresa emitiu a CAT, o médico do sindicato preencheu o Laudo de Exame Médico e JD foi afastado do trabalho pela segunda vez, retornando em junho de 2000. Pouco depois a empresa faliu. JD encaminhou solicitação de aposentadoria por tempo de serviço ao INSS, a qual foi negada, por não ter tempo suficiente.

Teve grande dificuldade de empregar-se novamente (ficou 11 meses desempregado), pois já estava com 50 anos de idade. Em 2001 foi indicado por um colega para trabalhar na empresa “E”. Teve medo de não conseguir o emprego por ter a carteira “marcada” (passagens pelo Seguro). JD relata que, por ser uma empresa pequena, preferiam contratar os mais experientes na profissão, relevando a idade e o fato de ter estado no SAT por duas vezes. Porém, após seis meses de trabalho os sintomas pioraram, culminando em novo afastamento em março de 2002.

Na terceira CAT os diagnósticos prováveis eram: STC à esquerda, tendinite ombro direito, epicondilite medial direita e síndrome miofascial do trapézio direito. Três meses depois, o médico-perito encaminhou JD para avaliação com o ortopedista que diagnosticou: mialgia, artralgia e questionou o diagnóstico de tenossinovite no membro superior esquerdo, relatando que “o exame não colheu dados objetivos de doença ortopédica incapacitante”, indicando alta. JD solicitou recurso, para que pudesse fazer a ecografia do cotovelo, na tentativa de comprovar a doença. O recurso foi negado e a alta marcada para 17 de junho de 2002.

No domingo, 16 de junho, JD sofreu infarto agudo do miocárdio, permanecendo afastado do trabalho, pelo Auxílio-Doença por um ano e cinco meses. Relaciona o infarto ao fato de ter “se enervado” pois sabia que não podia trabalhar (por causa da tendinite) mas tinha tido alta com recurso negado pelos médicos, sendo obrigado a retornar ao trabalho, mesmo sem ter condições. Refere também que no período em que estava afastado devido à tendinite (antes do infarto), ficava “nervoso” por não poder fazer nada, fumava mais, além de ter aumentado de peso devido à falta de atividade física. JD estava com 52 anos e sofria de hipertensão arterial sistêmica há mais de oito anos. Houve uma convergência de vários fatores de risco para

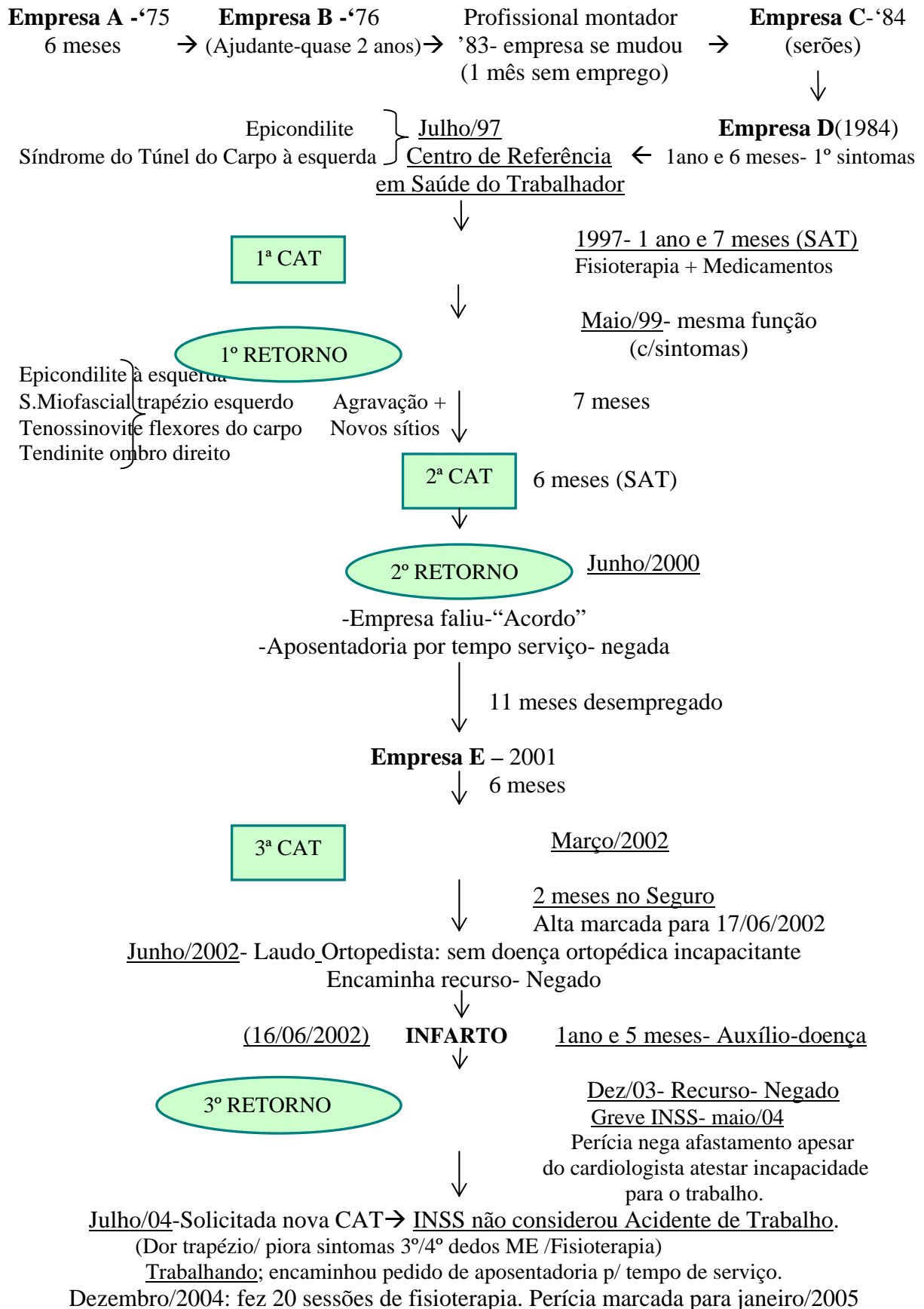
doença coronariana, que certamente influenciaram para a ocorrência do infarto, alguns meses depois.

Em dezembro de 2003 teve alta do Auxílio-Doença; tentou recorrer da decisão, mas o recurso foi indeferido. Teve que retornar ao trabalho. Em março de 2004, apresentou dores articulares e precordialgia aos esforços. Em maio de 2004 o Cardiologista atestou incapacidade para o trabalho- mesmo assim a perícia negou o benefício. Teve que aguardar (trabalhando) o final da greve do INSS para encaminhar nova solicitação de CAT. JD apresentou ao seu chefe, na empresa, o laudo do Cardiologista que atestava a impossibilidade de realizar esforço físico. Pôde, assim, reduzir o ritmo de trabalho; estava em uma função em que podia alternar tarefas e exigia menos esforço. Mesmo assim, relata que nem sempre consegue impor os limites necessários, sentindo, muitas vezes, fortes dores no membro superior esquerdo à noite, quando chega em casa.

Em junho conseguiu fazer nova ecografia do cotovelo esquerdo que evidenciou epicondilite. Foi afastado do trabalho durante 15 dias por atestado médico, sendo indicado tratamento fisioterápico e emitida CAT pela empresa com encaminhamento ao Seguro em julho de 2004, porém a perícia do INSS não considerou como Acidente de Trabalho (AT). Na época considerou-se a possibilidade de recorrer a um processo judicial para tentar o encaminhamento ao SAT, devido à epicondilite- para isso seria necessário a cópia do laudo pericial- JD ficou temeroso de represálias, caso solicitasse a cópia do laudo ao INSS.

Apresentava dor em todo o membro superior esquerdo, com piora dos sintomas no terceiro e quarto dedos da mão esquerda tendo perícia marcada para outubro. Continuou trabalhando e encaminhou novo pedido de aposentadoria por tempo de serviço. Em dezembro de 2004 fez tratamento fisioterápico e marcou perícia para janeiro de 2005.

**Figura 3: Trajetória de JD**



## **Márcia**

Márcia é uma mulher de 36 anos, solteira, natural do interior, 1º grau incompleto (está cursando a 6ª série no supletivo). Morava com os pais em zona rural, onde sobreviviam da agricultura, em condições precárias. Em 1990 veio para Porto Alegre (onde já haviam se estabelecido alguns parentes seus) para procurar emprego, uma vez que em sua cidade natal os ganhos com a agricultura eram insuficientes para sua manutenção. Após um ano sem encontrar emprego, conseguiu um trabalho temporário durante dois meses. Em maio de 1991 conseguiu indicação de um parente para trabalhar numa metalúrgica - achava que não conseguiria nem “passar os três meses de experiência” (por nunca ter trabalhado em metalurgia antes), mas foi contratada e está há treze anos na mesma empresa.

Trabalhou em várias funções ao longo destes 13 anos: polimento, esteira, operadora de máquinas (função atual). Sempre sentiu dor lombar, que era considerada “normal” (principalmente no polimento, devido à posição incômoda). Em junho de 2000, começou a sentir dor no ombro direito, com irradiação para o pescoço e região escapular. Consultou com médico da empresa uma semana depois do início dos sintomas, o qual emitiu CAT e a encaminhou ao SAT. Ficou afastada durante dois meses, com diagnóstico de Síndrome Cervicobraquial, fazendo tratamento com infiltrações, medicação via oral e fisioterapia (resultado final regular, conforme parecer do fisiatra). Retornou ao trabalho em agosto de 2000, ainda com dor.

Em abril de 2001 apresentava os mesmos sintomas do início do quadro; pedia ao supervisor para ser substituída, pois a máquina era alta, forçando mais a região cervical. Ele alegava que não tinha ninguém para substituí-la; quando a dor piorava, ia ao banheiro, para parar um pouco, até que a dor aliviasse. Procurou atendimento no Sindicato, sendo encaminhada para investigação e acompanhamento no CRST. Em maio começaram os sintomas em membro superior esquerdo, com dores nos ombros e punhos também. Nesta época não queria se afastar do trabalho por dificuldades financeiras (quando se está no Seguro, “demora uns 45 dias para receber o primeiro pagamento” do benefício), e porque estava fazendo o supletivo em convênio com a empresa - se parasse, teria que abandonar os estudos. Ao mesmo tempo, a empresa cobrava de todos os funcionários a conclusão do 1º e 2º graus.

Márcia continuou em acompanhamento no CRST, que solicitou à empresa emissão de CAT em agosto de 2001. Os diagnósticos eram: tendinite dos ombros, síndrome miofascial dos trapézios e tendinite dos punhos. A empresa emitiu a CAT, com diagnóstico de tendinite



no ombro direito, mas o INSS entrou em greve. A perícia foi feita, via judicial, somente em novembro de 2001. Márcia ficou sem receber o benefício (ou seja, sem nenhuma fonte de rendimento) de agosto a dezembro de 2001 (quando foi liberado o primeiro pagamento), em função da greve do INSS. Neste período sobreviveu com a ajuda de parentes e empréstimos. Nova perícia foi marcada para fevereiro de 2002.

Nesse meio tempo, conseguiu fazer uma tomografia de coluna cervical, que evidenciou hérnia de disco entre a 5ª e 6ª vértebras cervicais. Foi encaminhada ao neurologista, que indicou uso de colar cervical; não usou o colar diariamente porque seu uso desencadeava cefaléia intensa. Passou por perícias em fevereiro, maio e agosto 2002. Os sintomas foram piorando, com perda de força dos membros superiores, cefaléia e tonturas. Em setembro de 2002, o médico-perito desconsiderou o diagnóstico de tendinite do ombro, registrando apenas hérnia cervical. O neurologista apontou a necessidade de tratamento cirúrgico. Teve medo das seqüelas. Fez nova tomografia em novembro de 2002, que apontou piora do quadro. Foi solicitada uma ressonância magnética da região cervical, que só conseguiu fazer em fevereiro de 2003, a qual mostrou protrusão discal com estreitamento da medula entre a 3ª e 4ª e entre 5ª e 6ª vértebras cervicais.

Nesta época estava com dificuldades no supletivo, devido à piora dos sintomas. Como a empresa não permitiu que mantivesse o convênio com o curso supletivo por estar afastada do trabalho, teve que interromper os estudos por algum tempo e terminou se “atrasando” em relação aos colegas. Depois de algum tempo, conseguiu se matricular em uma escola pública para continuar estudando. Demonstra ressentimento em relação à empresa por não ter mantido o convênio com o supletivo durante o período que esteve afastada do trabalho, pois os colegas que estudavam com ela na mesma época, já concluíram o 2º grau.

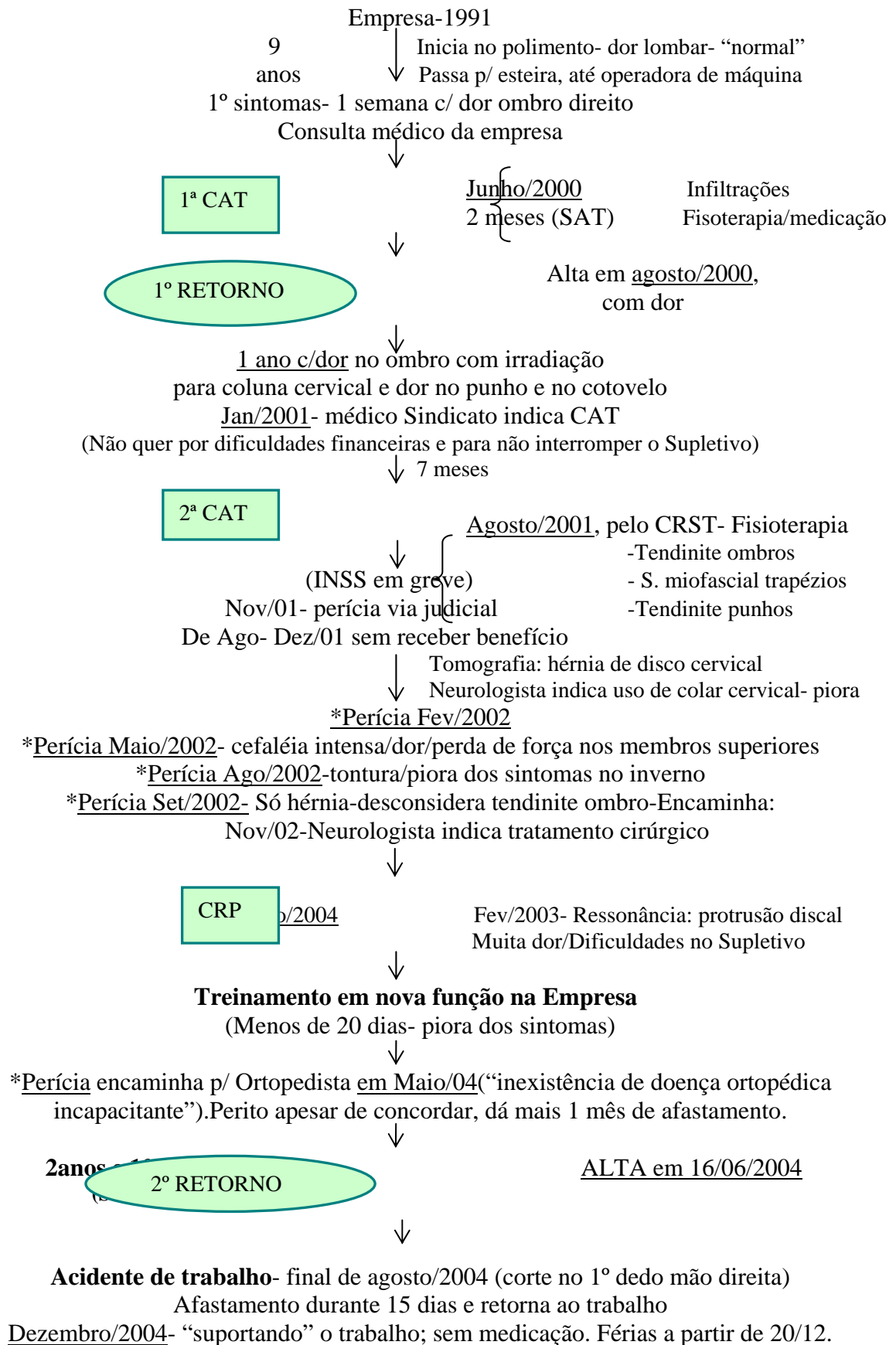
Durante o ano de 2003 passou por várias perícias, fez exames, tratamentos diversos, até ser encaminhada ao CRP. Em março de 2004 foi encaminhada pelo CRP à empresa, para treinamento, durante um mês, em função que não exigisse esforço da coluna cervical. Não conseguiu concluir o treinamento: a nova função exigia flexão da coluna cervical e movimentos repetitivos dos membros superiores em suspenso (sem apoio). Márcia sentia muita dor à noite, cefaléia intensa, não conseguia escrever nas aulas, e quando abaixava a cabeça tinha tonturas e náuseas.

Foi encaminhada novamente ao CRP e ao médico-perito (com diagnóstico de hérnia de disco cervical e cervicobraquialgia à direita), que solicitou parecer do ortopedista. Em maio de 2004, o ortopedista (conforme cópia do laudo pericial) destacou o fato de Márcia não ter

concluído o treinamento do CRP, e atestou inexistência de “sinal de doença ortopédica incapacitante no exame”. Apesar do perito concordar com o parecer do ortopedista, manteve Márcia afastada por mais um mês: a alta foi marcada para 15 de junho de 2004.

Retornou ao trabalho em junho de 2004, após dois anos e dez meses de afastamento pelo SAT. Quando os membros da CIPA lhe perguntaram onde queria ficar, disse que no mesmo setor (pensou no setor do treinamento). Foi alocada no setor de origem, como operadora de máquinas. Conseguiu trabalhar com uma máquina mais baixa, mas ainda com movimentos repetitivos. Faz revezamento com colega, de hora em hora, numa função que exige flexão do pescoço e movimentos repetitivos, sem apoio para os membros superiores, em ritmo acelerado. Em agosto o neurologista emitiu um laudo atestando cervicalgia crônica e incapacidade para realizar esforço físico (o que não contempla os movimentos repetitivos). No final de agosto de 2004 sofreu acidente de trabalho, com corte no primeiro dedo da mão direita, permanecendo afastada por atestado médico. Foi a primeira vez em dez anos de trabalho, que precisou fazer sutura em corte no dedo. Diz que vai continuar trabalhando enquanto conseguir. Quer concluir os estudos, embora não goste muito de estudar, para conseguir emprego melhor. Tem medo de ser demitida quando terminar seu período de estabilidade e de não conseguir outro emprego por estar com a carteira “estragada” pelas passagens pelo SAT.

Meses depois, Márcia entrou em contato comigo para saber “como estava a pesquisa”; não precisou ser encaminhada ao seguro pelo corte no dedo (temia que isso a prejudicasse futuramente, caso precisasse ser encaminhada pelo problema cervical). Conseguiu retornar ao trabalho ao final dos 15 dias de atestado. Permanece trabalhando no mesmo setor. Em dezembro de 2004 entrou em férias e, em consulta no sindicato, contou que estava sem medicação, conseguindo dormir à noite, e referiu estar “suportando o trabalho”.

**Figura 4: Trajetória de Márcia**

## 2. Contexto de trabalho<sup>19</sup>

[...] mas é um serviço assim, tão rústico, é uma fábrica, trabalho sujo, trabalha com aqueles avental, aquele sapato de couro, de óculos, tudo... [...] E tem que usar o abafador, tem o uniforme... A gente fica toda... Diferente, né? [...] Da maneira que se trabalha, que se veste pra trabalhar na fábrica. Em outros serviço, não! (Márcia)

O depoimento de Márcia nos introduz na fábrica, revelando um “cenário”: as condições de trabalho e alguns dos riscos a que estão expostos os trabalhadores da metalurgia. O uso obrigatório de protetores de ouvido denota o risco de perda auditiva por exposição ao ruído; o uso de botinas, luvas, óculos e avental, aponta o risco de acidentes, seja pela projeção de peças de metal contra o corpo do trabalhador, seja pelo contato com partes das máquinas ou devido à exposição à poeira e aos produtos usados no processo de tratamento do metal; o uniforme, que ‘uniformiza’, apaga as diferenças, como se tornasse aparente a não valorização das singularidades dentro da fábrica.

Márcia, João Carlos e Cláudia trabalham como operadores de máquina em empresas de grande porte, com mais de 1300 funcionários. O número de trabalhadores por setor é bastante variável: João Carlos, por exemplo, trabalha num setor onde estão alocados cerca de 120 trabalhadores, enquanto Márcia trabalha com cerca de 30 colegas. JD já trabalhou em empresas como essas, exercendo a função de montador, mas atualmente trabalha num setor com mais cinco colegas em uma empresa pequena, com um total de 17 funcionários.

### Descrição da função<sup>20</sup>

Na função de operador de máquina, cada trabalhador pode trabalhar com uma máquina ou várias, conforme o tipo de atividade. Há setores em que duas pessoas operam a mesma máquina, alternadamente (é o sistema de rodízio de tarefas- enquanto uma opera a máquina, a outra faz uma atividade diferente, alternando estas tarefas de hora em hora):

Tem uma máquina que tu coloca a peça, ela injeta, ela abre, tu tira, larga ela na água fria, aí ela esfria, tu tira da caixa e bota em outra, abre e bota numa caixa. Depois tu volta...O tempo é tão rápido na máquina, enquanto tu tá

<sup>19</sup> A palavra “contexto” remete a uma ampla e complexa gama de significados. Aqui, compreende-se contexto de trabalho como as condições de trabalho, a organização do trabalho e alguns aspectos referentes às transformações do mundo do trabalho, a que os trabalhadores estão expostos.

<sup>20</sup> As palavras que aparecem à esquerda do texto, em negrito, remetem aos temas dos depoimentos e têm por objetivo facilitar a compreensão do leitor.

largando a peça ali, ela já abriu, já tem que tirar de novo. É sempre assim [...] É...acho que em tudo dá, acho que um minuto e pouco, mas o que ela injeta mesmo é, é...segundos.[...] É uma máquina só. Só que daí eles trocam o molde.[...] Essa máquina que eu trabalhava é a que mais trabalha, a que mais injeta, porque ela é feita pra um molde maior, pra mais peças. É, quatro por vez. Sim, tem que ser rápido! Além dela ser alta, o molde ser muito pra dentro da máquina, ela é... Mas na altura dela não tem como regular lá dentro da máquina, assim. (Márcia)

Neste depoimento constatamos o ritmo acelerado de produção (o trabalhador tem que se adaptar ao ritmo da máquina), a monotonia e repetitividade aliadas aos ciclos curtos (segundos), o trabalho em posição incômoda (a máquina era alta) e a impossibilidade de modificação desta condição. O fato de trabalhar com máquina que injeta quatro peças por vez (embora sejam peças mais leves), faz com que o senso de responsabilidade e o medo de errar sejam maiores, pois se ocorrer um erro, perde-se quatro peças, em vez de duas, por exemplo; neste caso, o trabalhador tem que repetir a operação (“retrabalho”), para compensar a perda e cumprir a produção.

O trabalho “em células” é mais comum nas grandes empresas, e se caracteriza por uma série de “núcleos” de máquinas organizados numa seqüência conforme a linha de produção. Nesses núcleos trabalham ou pequenos grupos de trabalhadores que operam cada um uma máquina, ou um trabalhador que opera várias máquinas. Em cada núcleo são executadas várias operações na mesma peça até que ela “fique pronta”:

A gente trabalhava perto um do outro, é uma célula![...] Entre dois, três.[...] Cada um fazia uma operação...na peça. Material chega bruto ali, sai dali pronto. É porque ela [a peça] sai, [de] uma máquina de vazamento...[...] Aí ela passa na operação da lixa. E da lixa vem pra...operação de polimento. Então, isso é repetitivo, todo's dia, o mês todo, o ano todo, sempre...É sempre o mesmo movimento, né. E isso foi que...que apareceu, que se agravou...Os tendões, né. (João Carlos)

Cláudia trabalhava numa célula também, mas sozinha, operando oito máquinas: duas CNC-que são mais “modernas” e exigem menos movimentos e esforço do operador (o controle é digital) - e seis máquinas convencionais (cujo controle é manual e algumas vezes por pedal também), até que ocorreram modificações na empresa, e ela passou a operar seis máquinas: duas CNC e quatro convencionais:

Tu abastece elas ali [máquinas CNC], aperta o botão, enquanto tu tem que trocar uma ferramenta. Então eu pegava assim, abastecia a CNC [...] Mas pra abastecer a CNC tu terias que passar primeiro por essas aqui: as outras seis. [...] Aí, depois tiraram duas, eu fiquei com quatro! Tá? Aí então, é um processo que tu tem dez anos, aqui. [...] É uma prensa. Aí tu fecha o dispositivo [com o pé direito], né, e baixa, bate com a alavanca aqui – com a mão direita - pra máquina descer, e cortar [a peça]. Depois daqui pra lá e de lá pra cá [movendo os braços da esquerda pra direita e da direita pra esquerda, finalizando com o movimento de cruzamento dos antebraços]. A alteração no caso, a primeira tendinite que acusou [no ombro], foi uma máquina convencional, com o movimento assim: giratório. (Cláudia)

JD, por sua vez, tem exercido o mesmo tipo de atividade, em diferentes empresas, desde 1976. Sua atividade, além de repetitiva, exigia esforço físico, e também o manuseio de peças muito pequenas:

Era de montagem [de carros] por dentro. [...] Trabalhava com rebitezinho pequeno, parafuso pequeno, e em forcejar, que eu pegava [...] com a mão esquerda, pra furar com a direita. [...] Na direita não tinha problema. Foi na esquerda, que eu forcejava. [...] E quando eu tirava a mão dali, eu tinha que pegar o rebite - o rebite, o parafuso, tudo pequenininho. [...] Entrava ano e saía ano só trabalhando com aquele tipo de coisa. [...] Não, a profissão, inclusive, é a mesma, só que agora não é fábrica. Agora eu trabalho em... reforma [de carros]. (JD)

Nesses primeiros recortes dos depoimentos já se esboça a relação denexo causal, do tipo de patologia apresentada com a atividade exercida por cada um dos entrevistados<sup>21</sup>. Essa relação ficará mais clara à medida que formos explicitando outros aspectos da organização do trabalho.

### **Esforço/Repetitividade/Monotonia**

Então... Em primeiro, [...] trabalhava em [setor] que a gente [...] força muito o braço, né. A troca de [parte da máquina] é muito pesada, né, isso aí era várias vezes por dia, né. No... bater assim c'um braço só, o direito, né, num só, sempre, sempre. E as [peças] que a gente passava, passa o dia, tira duma matriz, bota na outra, tira duma, bota na outra, o dia todo assim, mês todo, o

---

<sup>21</sup> Observou-se, no conjunto dos depoimentos, que as pessoas reproduziam na postura e na expressão facial/verbal, a cadência, a monotonia ou ritmo das atividades que exerciam.

ano todo... Aquele movimento.[...] E é dia e noite, né! [...] Inclusive quase toda a empresa é assim. (João Carlos)

O tipo de movimento, em todas as máquina é o mesmo.[...] Mesmo que seja mais leve o serviço, mas o movimento...É quase a mesma coisa. (Márcia)

João Carlos e Márcia apontam uma questão importante (que influencia tanto o adoecimento quanto o retorno ao trabalho): em quase todos os setores da empresa onde trabalham, as atividades são monótonas e repetitivas; estes aspectos, aliados ao ritmo acelerado de produção, são “típicos” da organização patogênica do trabalho nas empresas metalúrgicas. Segundo Francisco Lima (1998), “o essencial do trabalho repetitivo não é o *mesmo* gesto que se repete, mas a *frequência* e a *cadência* em que se repete o *mesmo* gesto. É o *tempo* que é o determinante essencial da atividade de trabalho” (p.249). Essa questão dos ciclos curtos das máquinas e do ritmo acelerado de produção é uma constante nos depoimentos dos entrevistados.

Ainda em relação ao esforço, Márcia chama a atenção para a questão de gênero que perpassa a escolha de “quem trabalha onde” e porquê:

Às vez a gente pega uma caixa com quase duzentas peças, depende tamanho da peça, pesa, né? [...] Uns dez quilo. [...] Ela é alta aqui, tá? Tu não consegue pegar ela sozinho, baixar! Claro, eu vou pegar aquela caixa ali, vou baixar, vou forçar minha coluna, vou sentir mais dor ainda, pra pegar ela sozinha.[...] A gente pede pra baixar a caixa, às vez pra levantar. Porque geralmente naquela máquina que tu trabalha [...], aquilo ali não seria serviço pra mulher, tem que ser pra homem! [...] Daquele de forçar! Porque o homem é mais forte! [...] Que geralmente é mais as mulheres que trabalham mais nessas máquina. [Por quê?] Eu acho que...Eles [supervisores/empresa] acham que é porque as mulher trabalham mais! Sei lá, eles [os colegas homens] já começam a dizer que... “Ah, porque é ruim de trabalhar, dói isso, dói aquilo... São mais fraco pro serviço, assim.” [...] E eu dizia: E as mulher tem que agüentar?!Elas reclamam, só que daí... Agüentam mais. E os homens como não tão acostumado a fazer aquele serviço ali, eles reclamam mais. (Márcia)

Nesse depoimento aparecem vários aspectos importantes, como o fato de que o trabalho é organizado de forma a exigir esforço físico aliado a posturas inadequadas/incômodas

(inadequada é a altura da máquina, como Márcia apontou anteriormente); as caixas com as peças produzidas na maioria das vezes pesam 10 kg, mas não é incomum pesarem até 30 kg. A altura e peso das caixas, obriga Márcia a pedir ajuda aos colegas; Cláudia também aponta essa situação, quando comenta que carregar as caixas com peças e operar as máquinas, sobrecarrega o operador. Ela acreditava que, se houvesse uma pessoa apenas para carregar as caixas, ela não teria adoecido. Ao se questionar se aí o trabalhador que só carregasse as caixas não iria adquirir LER também, respondeu: “Ah! Adquire! É uma coisa!”

Em relação ao esforço aliado à repetitividade, a questão da divisão sexual do trabalho é apontada: os homens, que deveriam, no entender de Márcia, trabalhar naquelas máquinas, por serem mais fortes, são “fracos” para o serviço; não gostam de trabalhar naquela função, porque sentem dor ou “porque não estão acostumados com o serviço”, enquanto as mulheres, além de trabalharem mais, calam, “agüentam”. E Márcia admite que deve ser por isso que os supervisores alocam mulheres para aquela função. Quando questionada sobre se os homens não estariam certos ao reclamar e se recusarem a executar uma função que causa dor, se o certo seria não trabalhar daquela forma, pareceu surpresa e argumentou que, como se tem de carregar caixas pesadas, essa função devia ser “pra homem, porque o homem é mais forte”. O que Márcia chama “fraqueza” dos homens, poderia ser entendido como uma forma de resistência, de se negar a trabalhar numa atividade que provoca dor. Além disto, sabe-se que geralmente os homens são treinados para tarefas mais qualificadas, enquanto às mulheres são destinadas as tarefas mais simples, que não exigem qualificação.

Cândido e Neves (1998) realizaram um estudo sobre gênero, trabalho e saúde numa empresa metalúrgica. A diretoria da empresa, devido à alta incidência de LER entre as mulheres, decidiu alocar homens em postos geralmente ocupados por elas, estratégia que se revelou ineficaz, pois em pouco tempo tanto homens como mulheres haviam adoecido. A substituição “tendo como base a maior potencialidade advinda das características anatômicas e fisiológicas masculinas, não se aplicava em se tratando de condições de trabalho adversas. O problema não era o de quem trabalhava na linha de montagem, mas de como o trabalho se materializava.” (p.191). Na metalurgia, tem-se ainda, como “tradição”, o fato de que os homens é que são “profissionais”, como eles mesmo dizem, exercendo funções que são consideradas profissão, como torneiro mecânico, ajustador, desenhista, entre outros.

Outro aspecto do depoimento de Márcia é que a dor se deve a não se estar “acostumado ao serviço”. Este argumento tem sido utilizado por muitos médicos como explicação aos trabalhadores, quando surgem os primeiros sintomas de LER/DORT (LIMA; PRADO, 1998),



negando ao paciente o direito de ser informado e orientado sobre a síndrome, impedindo também o diagnóstico e tratamento precoces, que são fundamentais para evitar sua progressão.

### **Horário de trabalho/ intervalos/pausas**

O horário de trabalho dos entrevistados é de oito horas por dia, com intervalo de 60 minutos<sup>22</sup> para as refeições. Na empresa em que Cláudia trabalha, há ainda um intervalo de dez minutos para o café da manhã. Em duas empresas havia pausas de 10 ou 15 minutos, durante o horário de trabalho, uma vez por dia.

### **Horas-extras**

Constatou-se que os entrevistados recorriam (antes de adoecerem) freqüentemente à realização de horas-extras com o intuito de “melhorar o orçamento”. JD e João Carlos confirmam que até poucos anos atrás, todas as empresas faziam horas-extras. Mas nos depoimentos percebemos que a maneira como os supervisores solicitavam a realização de horas-extras, perpassava uma responsabilização do trabalhador no sentido de que a empresa teria que produzir mais, porque o serviço estava “atrasado” ou porque havia recebido “mais pedidos” dos clientes:

Olha, eu preciso de alguém que fique assim, assim, até tal hora porque a produção tá atrasada, a gente tem que cumprir, fechar um pedido até tal dia, a receita não entrou ainda, então quando entrar... e assim por diante. Então a gente nunca...nunca disse não quando vinham me perguntar se eu podia ficar ou não. Um que eu precisava.[...] Dos trocados que dava a mais, assim, eu nunca disse um não em função de fazer hora-extra ou não. (Cláudia)

Nós fazia muito! Bah![...] Hora-extra nós fazia...Todos dia! E nós ia sábado, das seis da manhã até as cinco da tarde. E muitas vezes nós ia no domingo- até o meio-dia.[...] Eles faziam assim: faziam uma reunião, tinha o pedido do mês, aumentou- a produção aumentou. ‘Então, nós vamo precisar, assim, todo mundo cooperar pra fazer hora-extra todo dia e sábado...Se precisar

---

<sup>22</sup> Em alguns setores de uma das fábricas, o horário de almoço foi reduzido para 30 minutos, fruto de acordo coletivo: os trabalhadores trabalham mais durante a semana, mas em compensação, não trabalham no sábado. As demais situações em que se observa inconformidade com as Normas Regulamentadoras, são devidas ao descumprimento deliberado das mesmas.

pegar, domingo...’ Eles não...obrigava, né. Pediam pra fazer uma relação pra turma todo dia, então eles pautavam [...] Eu fazia porque...O salário...O salário praticamente dobrava, né? Então a gente fazia muita hora-extra no mês, era uma média de oitenta hora no mês, cem hora. Então, isso aí ajudava muito no orçamento, né? [...] Agora parou a hora-extra, né. Agora não tem mais. (João Carlos)

Hora-extra, eu cheguei a trabalhar até domingo! Eu trabalhava sábado, domingo, quando...O serviço apertava, porque às vez atrasava outra parte do serviço e eu... Eu saía do meu setor, do meu compromisso pra fazer o dos outros...Naquela época, porque quase tudo quanto era firma fazia hora-extra, né?[...]Eu cheguei a quase dobrar o salário, na época. Dava muito e...onde que a gente se judiava, né? Mas naquela época a gente não dava muita bola porque era novo! Então aí, quando o cara pega um salário bom, o cara trabalha até assim [...], até dar tendinite![Ri]É. (JD)

Márcia relata que às vezes o “atraso” no serviço podia estar relacionado a falhas nas máquinas, o que ocasionava a suspensão da produção até que o reparo fosse feito:

Uma máquina tá com um problema só tem uma pra trabalhar, se é o mesmo serviço ali, aí atrasa com aquele serviço.[...] Porque às vez sai uns probleminha [no molde], tem que injetar novamente. (Márcia)

Ou seja, a produção pode atrasar por falhas no maquinário, as quais podem ocorrer por manutenção preventiva/corretiva inadequadas, ou porque as máquinas são “velhas” e tendem a apresentar defeitos mais seguidamente, ou por falhas nos moldes (que geram peças defeituosas), entre outros. De qualquer forma, o trabalhador é que tem que “pôr a produção em dia” acelerando o ritmo ou refazendo o trabalho (no caso de peças com defeito). Embora na maioria das empresas não houvesse coação explícita para se fazer horas-extras, JD apresenta um relato diferente:

É, eles não gostavam quando a pessoa dizia que “não quero a...fazer”, né. O falecido meu mano, que já morreu... Botaram pra rua duma firma, por causa do serão, que ele não fazia.Ele não gostava de fazer, e ele fazia quando queria e... E eu nunca disse que não fazia, eu sempre fazia, né...(JD)

Percebe-se que para JD, o fato do irmão ter sido demitido confirma a ameaça de represálias para quem não “colaborar” com a empresa. Mostrar-se “esforçado” e “dedicado” ao estender a jornada de trabalho é um modo de garantir estabilidade e de agregar atributos de valorização moral ao ser trabalhador (JACQUES, 2002).

## Produção/Ritmo

O ritmo de produção é sempre acelerado, ditado conforme o ritmo das máquinas e os supervisores exercem uma grande pressão sobre os trabalhadores, controlando a produção através de mapas e planilhas:

No fim do dia eles, reúnem-se, hã, gerente de produção, né, e é colocado o...o número de peças que deverá sair no outro dia, ser alcançado no outro dia, em função dos pedidos que eles recebem. Eu cumpria o meu horário, a produção, números que me passavam.[...] Entra ali numa célula e vem sucessivamente passando pelas outras até sair lá em cima. Então, no caso me passavam dez caixas, com... 24 cada caixa, tinha que passar todas aquelas ali no meu buraco, e assim...[Quando não se cumpre a produção] no fim do dia fica negativo, que é feito o mapa, no outro dia. (Cláudia)

A meta de produção é comunicada no fim do dia, ou seja, o trabalhador já vai para casa sabendo o quanto terá que produzir no dia seguinte. Todos os dias é feito um ‘mapa’ para identificar quem atingiu ou não as metas fixadas no dia anterior. O trabalhador que não cumpre as metas fica exposto diante dos outros colegas: a expressão “fica negativo”, denota o sentido de dívida do trabalhador em relação à produção exigida.

A produção de Cláudia é ilustrativa sobre o ritmo de trabalho fabril: ela recebe dez caixas, com 24 peças cada uma (240 peças) e cada peça é submetida a oito operações. Tem-se então, a execução de cerca de 1920 operações por dia. Quando ocorreram mudanças na empresa, Cláudia passou a realizar seis operações em cada peça, totalizando 1440 operações/dia. Mas no seu depoimento, Cláudia revela que se limita a cumprir a meta do dia, não trabalhando mais do que é solicitado. Isto é uma forma de limitar a exposição aos “fatores de risco”. O depoimento de Márcia confirma esta estratégia:

Chegamos por dia injetar mil e quinhentos! Geralmente, trabalhos que eles querem, é mil e trezentos.[...] Aquele ritmo é sempre, sempre o mesmo. Por isso, se tu fizer mais, no outro dia eles quer mais! Então, quanto mais tu fizer, melhor pra eles. Então tu tem que ir no ritmo que tu faz, normal, naquela produção, ali. Só que não tem assim...de menos, assim, de leve, tu poder tar parando... Sim, pra ir mais rápido, então, tanto que tu não pode tu tirar aquela quente, largar ali primeiro pra depositar na máquina; primeiro tu tem que largar ela na máquina e ...e botar outra na água fria, pra esfriar, né? Não tem como escolher, tem que ser como eles quer, não como a gente quer.

[...] eles têm pressa, então tu não pode parar nunca, se tu sai da máquina outra tem que ficar! Então, não tem como. Mudar aquilo ali. Porque...os cliente cobram deles, eles cobram da gente. É esse que é o problema. (Márcia)

Além do ritmo imposto pelas máquinas, o trabalho é prescrito de forma a diminuir o “tempo morto” entre uma operação e outra, não havendo possibilidade de o trabalhador fazer a tarefa numa seqüência diferente. O fato do trabalhador não ter controle sobre o processo de trabalho nas tarefas que realiza já foi apontado como um dos fatores que podem estar relacionados ao adoecimento (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993). Novamente a pressão dos clientes é apontada como justificativa para o ritmo acelerado de produção (como na justificativa para as horas-extras), como se os diretores da empresa e supervisores não tivessem responsabilidade sobre a organização do trabalho, deslocando para fora da empresa (como algo inacessível e muito distante) os “verdadeiros” responsáveis: os clientes. JD se refere a este tema quando relaciona seu adoecimento ao ritmo acelerado de produção:

Ela [empresa] pegava [os carros] pra fazer, pegava os pedido e aí tocava.[...] Eu sempre achei que poderia ser aquilo ali porque...da maneira que eu trabalhava. E eu...sempre...era pauleira no serviço, né? [...] A gente trabalhava em cinco [...] pra fazer esses sete carros por dia. Largar sete carro prontinho por dia. (JD)

Então é uma norma por hora, e diária... Por dia tem que fazer tantas peça, né.[...] Uma média de oitenta peça por hora.[...] Dava uma média assim, de 600 por dia. É, produção...sempre corrido.[...] E eu não tava conseguindo fazê quatrocentas![...] É, [o chefe] sempre anotando, ali. (João Carlos)

No depoimento de João Carlos aparece a cobrança por hora, a qual gera ainda mais ansiedade e tensão: à medida que as horas vão se passando e a produção não é atingida, a ansiedade aumenta. Tudo isto sob as vistas do supervisor, que está sempre “anotando” quem atinge ou não as metas fixadas.

### **Relações com chefia/pares**

O tipo de relação que o supervisor estabelece com os trabalhadores, assumindo o controle de forma rígida e autoritária, é uma importante fonte de sofrimento psíquico:

Tem supervisor assim.[...] cuida até os funcionário a...ir...no banheiro.[...] O tempo que levam. Até isso, eles cuidam.[...] Então dá muita advertência, dá

muita demissão [...] O pessoal sempre pensa, trabalhador sempre pensa, né, que saco, que os outro tá sempre cuidando, sempre, sempre, sempre...Tudo! Aonde a pessoa vai, o funcionário vai, sempre cuidando!E chamam e...e gritam...Então é...só um ambiente muito pesado, né? A gente não consegue trabalhar direito! [...] A pessoa tá ali, sendo pressionada e ela não consegue trabalhar direito.[...]Seguido tem um supervisor assim. [...] Tá sempre de cara feia, ninguém gosta da cara dele, eles já nem gostam da cara dos funcionário...Então tá sempre aquela coisa, né? Sempre. (João Carlos)

João Carlos aponta o uso de medidas disciplinares no controle da produção: advertências e demissões. Na sua trajetória, relatou que havia discutido com seu antigo chefe (sendo advertido por isto) por não conseguir cumprir a produção. Na época, João Carlos já estava com sintomas no membro superior direito. As idas freqüentes ao banheiro, objetos do controle da chefia, são muitas vezes uma estratégia para fazer, na prática, as pausas previstas por lei durante o horário de trabalho e que não são cumpridas. Márcia relata o mesmo tipo de estratégia: a ida freqüente ao banheiro “para dar um tempo”, até que a dor que sentia durante a execução das tarefas aliviasse e ela pudesse retornar ao seu posto de trabalho. Segundo a Norma Regulamentadora 17 (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO,1990), “nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores e a partir da análise ergonômica do trabalho [...], devem ser incluídas pausas para descanso”.

O desrespeito por parte dos supervisores que “gritam, chamam”, expõe o trabalhador a humilhação perante os colegas, gerando sentimentos de revolta, tensão, desesperança. Márcia relata que além do supervisor, é comum que o preparador (cuja função, a princípio, é providenciar que as máquinas estejam em condições de funcionar, trocando os moldes e correias, por exemplo), exerça a chefia do setor, quando o supervisor está ausente. Ou seja, o controle é rígido e constante:

Aí eles tem que tar cuidando, né, se não tá...muito parado, porque geralmente o supervisor some um pouco, mas tem o preparador que...cuida dele, né, se o trabalhador tá mal, ele vem ver se fez todo o serviço.[...] geralmente eles cobram por isso: “Não fica conversando”.[...] Mas como é que a gente vai ficar aqui, *muda*, não poder conversar com ninguém? (Márcia)

Ao ser questionado sobre porque alguns supervisores se comportam desta forma, João Carlos afirma que “é com o intuito de serem promovidos”. A cobrança excessiva gera o

descontentamento entre os trabalhadores e sentimentos de tensão, revolta e insegurança, que podem ocasionar a diminuição da produção e até acidentes de trabalho. Costa (1989) aponta que nos relatos dos trabalhadores, “a ‘doença dos nervos’<sup>23</sup> estava sempre relacionada com o trabalho: desentendimentos com colegas ou patrões; má remuneração; condições de trabalho difíceis; ameaça de desemprego ou o próprio desemprego, etc.” (p. 26). Jacques (2002) refere que a ‘doença dos nervos’ pode aparecer também como justificativa para “toda uma sintomatologia psíquica concomitante à ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais” (p.104). João Carlos se refere às conseqüências desse tipo de situação no seguinte relato:

Os nervo pega na gente, a gente não consegue...Aí vem as causa de acidente, a gente às vez se machuca, cabeça tá sempre fervendo, né? Será que...vai sair [a produção], e tal, com o cara ali em cima, ou essas coisa na cabeça. Causa acidente, isso aí. E não tendo isso, não...o risco de acidente é bem menos, né? (João Carlos)

À medida que a situação se agrava, os trabalhadores lançam mão de estratégias para que aquele supervisor seja demitido ou transferido de setor:

[os supervisores] Cobram, cobram, cobram, cobram pra ter uma posição...Então o gerente que é... chefe dele: “Vamo melhorar ele, vamo dar um cargo...” Ao longo do tempo vai... vai piorando, né, vai dando aquele clima, e as pessoa ficando com...com raiva, né, então vão diminuindo a produção; às vez as pessoa se machucam. [...] A gente vai se aborrecendo! [...] A gente... vai aceitando, aceitando, mas chega num ponto que a gente não aceita mais, né? [...] Aí a corda rebenta... no supervisor. Alguém vai conversar com ele lá por cima, mas ele não sabe, né [...] A gente fala [para a CIPA], então isso aí, devagarinho... E eles, em cima da gerência vão acumulando aquilo ali, sabendo, do supervisor.[...] Um diz uma coisa, outro diz outra... Geralmente isso aí chega num ponto que são obrigado a tirar aquele supervisor dali, botar ali outro. [...] Tirou, melhorou setenta por cento, né. [...] Pros funcionário... modo de trabalhar... A cabeça... o ambiente melhorou muito! (João Carlos)

Importante referir que o supervisor é pressionado pela gerência, repassando a pressão para os trabalhadores, que são capazes de exercer uma espécie de “regulação estratégica” em relação ao supervisor:

---

<sup>23</sup> ‘Doença dos nervos’ é uma terminologia utilizada pelos trabalhadores para se referir ao sofrimento ou distúrbios psíquicos.

Ele sofre, sofre pressão... do que tá acima dele. [...] Descarrega nos funcionário! Aí pressiona a gente é a parte mais fraca. [...] Mas é... é a parte mais fraca, mas nós somos a parte assim... Como é que eu vou dizer... Nós é que produzimos pra firma, né? Nós que produzimos, não é o supervisor, não é o gerente, né? É nós, nós! [Risos] Aí termina ele, rebenta a corda nele, porque transferem ele, ou mandam embora, como fizeram muitos, demitiram muitos, né? [...] Mas a gente, vai, procura fazer a parte da gente, pra gente também não é fácil! [Ri] (João Carlos)

O poder de “barganha” dos trabalhadores reside no fato de terem consciência de que *eles* são os que produzem e de que a fábrica necessita de sua força de trabalho para produzir. Assim pode-se manter as relações de trabalho dentro de padrões/limites razoáveis.

O recurso ao apoio do sindicato também pode ser usado como uma ‘resposta’ ao “patrão” quando este não cumpre sua parte do contrato de trabalho:

Uma vez mesmo eu bronqueei com esse patrão, porque eu tava fazendo um carro, tava quase terminando o carro, ele já tava olhando no outro lá, pra mim ir pegar. [...] Eu disse: Não, porque pra pagar nós, tu não tem pressa, agora com os carros, nem saí dum, tu já tá me botando no outro! Aí eu fui, vim aqui no Sindicato, falei com o pessoal do Sindicato pra ir lá, né? [...] Aí, de fato, meio-dia eles [sindicalistas] foram lá e pagou, às dez horas ele pagou nós!(JD)

Outro aspecto importante das relações de trabalho é a relação com os colegas. É comum o individualismo e a competitividade: o colega que “dedura” ou “entrega” os que não estão alcançando as metas de produção, ou que conversam, ou vão ao banheiro com mais frequência. João Carlos atribui este comportamento à incompetência ou inveja, e tentativa de conquistar a confiança da supervisão:

Tipo parar, se tá conversando com alguém ou ir pro banheiro - vai e entrega pro chefe...Tem gente que tenta prejudicar os outros de alguma maneira. Eu não faço isso! (Márcia)

Tem bastante gente que trabalha com nós ali, não se dão! E o ambiente fica ruim, fica *pesado*, assim, né? Todos dia tá se vendo, trabalhando junto, e as pessoa não se conversam! [...] Às vezes um... entregou o outro, foi lá na supervisão, entregar o outro... Geralmente, o cara que é puxa-saco, que entrega os colega, é porque a capacidade dele, a capacidade dele é menos

que do colega que ele entregou! [...] E às vezes, assim, mais assim, tem um pouco de inveja do colega. [...] ele fica firme com a supervisão! Isso aí tem  *muito* lá dentro da firma, né. (João Carlos)

Este tipo de comportamento muitas vezes implica na demissão do trabalhador “delatado”. No entanto, Márcia aponta que nem sempre funciona esta estratégia de delatar os colegas para ganhar a confiança do supervisor:

Se é pra o bem deles, ou achando que ele vai ganhar vantagem com aquilo ali.[...] Às vezes, não! [...] Se tiver que mandar [embora, ser demitido], eles vão mandar igual!(Márcia)

O depoimento de Cláudia também aponta outra razão para o isolamento: a necessidade de concentração na atividade, para não errar:

Não vou pra uma outra célula pra fazer grupo, pra ficar de conversa com um ou com outro.Prefiro que ninguém venha conversar comigo pra não atrapalhar (Cláudia).

A situação de competitividade nos setores de trabalho interfere na busca de atendimento médico no início da síndrome. Como o trabalhador não confia nos colegas a ponto de relatar o motivo pelo qual diminuiu seu ritmo de produção ou foi mais seguidamente ao banheiro, os colegas costumam pressionar por maior produção, pois a célula é cobrada por não estar cumprindo as metas:

Que...irritava, né, que eles [colegas] falavam, falavam: ‘Ah, tá acumulando peça aí, não tá vendo?’ [...] Prejudica porque a... a produção pára, parava em mim, né? [...] aquele monte de peças que tinha que fazer e eu não conseguia. Eu... eu tinha que descansar. (João Carlos)

Autores como Antunes (1999) e Bresciani (1999) apontam algumas características das novas formas de gestão e suas repercussões junto aos trabalhadores, entre elas a cobrança da produtividade pelos colegas. Bresciani (1999) refere que têm-se a “intensificação do trabalho, dificuldades de readaptação, doenças profissionais [LER/DORT], [...] e de acidentes” [...] (p.42). Entre os trabalhadores é comum o surgimento de sentimentos de insegurança, desvalorização, incerteza e de estar sob pressão.“Há também a questão do isolamento, da solidão dentro dos novos locais de trabalho. [...] e a competição feroz pela sobrevivência entre os que vão sobreviver no emprego”(p.43). A diminuição dos cargos na hierarquia é possível através da competição, em que “[...] os próprios trabalhadores cobram, uns dos outros, um nível de qualidade maior” (p.42).



Não há referência a relações de amizade no mesmo setor de trabalho. Os amigos, quando são da mesma fábrica, geralmente trabalham em outros setores e com estes podem conversar sobre o adoecimento:

Não, na fábrica já não tem muito [amigos]. [...] Dentro da fábrica tu tem alguns [...], tem uma amizade, mas não assim, tão íntima, assim. (Márcia)

E tem aqueles [colegas] de trabalho que a gente escolhe, que a gente convive *fora* da firma, né? [...] Então com essas pessoas assim que a gente se dava. Nem era do mesmo setor. [...] Então esses aí a gente conta os problema, né, é mais chegado, vai...numa festinha na casa dele, eles vão na da gente, com a família, né? [...] Mas os outro ali, que é só o dia-a-dia, ali...eu nunca pude me queixar pra eles. (João Carlos)

## **Desemprego**

A competitividade e o individualismo são estimulados pelas novas formas de gestão que têm se disseminado, principalmente nas empresas maiores. Aliados a isto, o medo do desemprego, as demissões sazonais e constantes e a precarização do trabalho (terceirização de parte dos trabalhadores, contratação temporária, por exemplo) geram um clima de insegurança e incerteza entre os trabalhadores:

Todos [setores] tinha... era pra demitir tantos de cada setor, né? Assim, dá 10% de cada setor, então ia oito de cada setor e assim foi baixando. Ah...A demissão maior que eu assisti [...], foi quando entrou o Plano Real. (Cláudia)

Com o advento das novas tecnologias, globalização da economia e ascensão das grandes empresas transnacionais, ficou mais difícil a sobrevivência de algumas empresas sem recursos para se modernizar ou implantar programas de reestruturação produtiva. Em 2000, a empresa em que JD trabalhava foi à falência. Os trabalhadores se viram obrigados a fazer “acordos” para receberem parte do valor a que tinham direito. Em seu depoimento JD relata as dificuldades que enfrentou para conseguir empregar-se novamente:

Aí eu fiquei onze meses parado, sem serviço.[...] Tem que ver o que eu tava de apavorado! Porque...o cara sem dinheiro... Eu andei tudo que foi firma por aí, ninguém me queria porque eu já tinha passado dos 40 ano. [...] As firma grande, por exemplo, não querem! Querem essas [firmas], que no caso, eu trabalho ali, que é uma firma pequena, e quanto mais idade o cara tiver, pelos sessenta e poucos aí, eles pegam. Que esses é que sabem trabalhar. Claro, e que não é um serviço com computador, quer dizer, é uma coisa que

tem que ser manual, e aonde que a pessoa é velha, é que é bom! Eles não fizeram um exame quando eles me pegaram. Aí eles me empregaram por que? Por causa da minha experiência. Eu já fui através de outros colega, já dizendo que eu era bom de serviço e tal, então, nem exame fizeram! (JD)

Percebe-se que além da idade, nas grandes empresas, as exigências de qualificação e treinamento para o uso de máquinas com controle computadorizado, por exemplo, é um obstáculo para quem sempre trabalhou com comando manual. Nas pequenas empresas, a experiência é valorizada e aos sessenta anos a maioria dos metalúrgicos está aposentada, e muitos retornam ao trabalho.

As demissões têm se tornado constantes, em geral após a negociação do dissídio, quando há um percentual de aumento elevado que incide sobre os salários dos trabalhadores mais antigos. Como há um contingente de desempregados disponíveis, é possível a contratação de outros com salário menor.

Márcia aponta outros motivos para o aumento das demissões, além da inovação tecnológica:

Muitas demissões. [...] E todos anos eles continuam mandando. Tem umas época, duas vez no ano que eles mandam mais, também... Geralmente eles mandam assim- dissídio, depois do dissídio- aí tu tá inseguro: será que eu vou? Tu nunca vai saber! Só na hora que eles te chamam. [...] Porque eles alega que tem gente demais. [...] Ué, às vez eu acho que é [porque tem gente demais], às vez eu acho que não! Muitas vez é que eles quer mandar, mesmo, assim. Aí eles começam a pegar pessoal por agência ali, só temporário, aí depois manda de volta...[...] Às vez digo, mas por quê que as pessoas que *sabem* trabalhar [são demitidas], vêm uns que não sabem fazer *nada*! Um pessoas que não sabem fazer *aquilo* que tu *sabe* fazer.[...] As fábricas mandarem fazer produtos na China, dá rua pra muita gente.(Márcia)

As empresas recorrem às demissões também para o que chamam de renovar o quadro. Isso geralmente inclui a demissão dos ‘trabalhadores-problema’: os acidentados do trabalho e os que têm doença profissional e não estão mais protegidos pelo período de estabilidade. Além disso, ocorrem situações típicas do processo de precarização do trabalho: a substituição de trabalhadores treinados por trabalhadores terceirizados, sem treinamento e com contrato temporário, o que aumenta o risco de acidentes e doenças do trabalho e sentimentos de insegurança e ressentimento (tanto por serem substituídos por pessoas sem experiência, como por estarem sujeitos à demissão).

O emprego da tecnologia é apontado como um das causas do desemprego:

Não, é... O esquema, assim, da empresa, eliminou a hora-extra. A produção tá saindo a mesma coisa, [...] então eliminaram a hora-extra. Não...é máquinas, máquinas que...vão... Fazendo o serviço, assim de três, quatro, né? Facilita o trabalho, então isso aí, a gente até produz mais com menos pessoas.[...] Foi diminuindo o pessoal. E a produção seguiu a mesma coisa. [...] Acarreta o desemprego! Isso é o problema mundial do desemprego. [...] A causa maior disso aí é a tecnologia, né? Todo mundo sabe disso, né?As máquina aí, tiram os lugar das pessoa! E como a população sempre aumenta, cada vez mais, né, e a tecnologia também melhora, cada vez mais, desemprega cada vez mais!Isso é uma coisa, acho que também não tem solução, né. (João Carlos)

Por outro lado, o desenvolvimento da tecnologia é também apontado como ocupando um importante papel no que se refere à saúde do trabalhador:

Tão melhorando as condições de trabalho, também.[...] material, as máquinas, né. Limpeza... Material que a gente trabalha, assim... lixas, tudo-lixo melhor, né? [...] Pela precisão - pela precisão das máquinas, né? Antigamente as máquina antiga não faziam. Que agora ela faz o serviço que a gente fazia, manual, elas, as máquina própria tão fazendo! É só a gente regular, elas, elas fazem. E é bem menos esforço, que as máquinas atual, são bem menos esforço. [...] [Noutro setor] antigamente a operação na peça era feita em lixas, então a pessoa ficava o dia todo no movimento do braço... [...] Aí, agora, apareceu umas máquinas, novas, que faz este tipo de operação.[...] A pessoa coloca a peça no dispositivo, ela entra lá dentro e já volta prontinha! [...] Não precisa mais do jogo com os braços [...]. E o perigo, também, de saltar a peça e pegar nas perna... ou pegar nas mão... quer dizer, vai amenizar muito o problema. De acidente e a tendinite, né. Vai ter que sempre alguém tá junto com as máquina, ali, também vai ter um movimento... Ficar, tira, bota na caixa, bota outra lá, tira, bota na caixa, assim, o dia todo, né? [...] Putz grila, por isso que eu me refiro, que não acaba nunca, a doença profissional... Ela ameniza. [...] mas a doença profissional ela... o pessoal tando trabalhando, ela vai aparecer. Mas acidente se evita muito, né? Assim, a doença profissional também...Vai melhorar. Não vai terminar, mas vão melhorar, né.(João Carlos)

As melhores condições de trabalho, visto novos materiais e novas máquinas, são reconhecidos como fatores na diminuição dos riscos de acidente e adoecimento. No entanto,

nem sempre a melhora das condições de trabalho contribuem para a prevenção das LER/DORT. Dejours (1987) aponta que em muitos casos, o alívio da carga de trabalho, proporcionado pela correção ergonômica, possibilita a intensificação da produção. Em relação às novas tecnologias, Francisco Lima (1998) critica a “utilização da máquina como forma de controle social da força de trabalho” (p.245) e aponta que, “menos do que um efeito direto da introdução de novas tecnologias, deve-se procurar explicar a LER como resultado de uma concorrência de causas, onde o momento predominante são os determinantes organizacionais, que mediatizam a relação entre os trabalhadores e a tecnologia” (p.246).

### **Escolarização**

Como parte deste contexto de novas tecnologias e das novas formas de gestão, a exigência de escolaridade aparece como um meio de “qualificar a mão-de-obra”, mas também como forma de selecionar trabalhadores, dificultando o acesso ao trabalho:

Mas a empresa que eu trabalho ela... todos ano ela chama todo mundo e ela quer que todo mundo estude, aí. Todo mundo ela quer praticamente obrigar a estudar. [...] É que uma pessoa com estudo ela tem uma cabeça, uma mente mais aberta, né? [...] Então a firma quer que todo mundo tire o segundo grau pra...melhor pra cabeça, pra conversar, pra entender, pra dar idéias, né, uma pessoa que tem mais estudo, né. Mais estudo, mais facilidade pra entender as coisa, pra fazer as coisa, né? Que uma pessoa que tenha aí, primeiro ano, segundo ano, tem mais... dificuldade em aprender. [...] vai aprender o trabalho com mais dificuldade, até pra conversar... A empresa ela... paga... 50% da mensalidade. [...] É um convênio com professores, um curso ali, convênio com a empresa, né? [...] Tem, muitos que tão estudando. Eu não quis. Ah, eu tô me aposentando, me aposento, vou pra casa, não vou tar... (João Carlos)

Os trabalhadores percebem que quem não conclui os estudos (entre outros fatores), corre um risco maior de ser demitido (e de não conseguir novo emprego sem ter 2º grau completo) ou perder a oportunidade de ser promovido. Um dos argumentos usados é de que com a escolarização, os trabalhadores poderão participar e colaborar com sugestões. No entanto, segundo os entrevistados, os trabalhadores pouco participam na organização do trabalho:

Que tem que ter segundo grau só pra tu trabalhar de...Trabalhar na máquina, ali, não sei pra quê ter segundo grau. Claro, que é obrigado, né...Mas eu

tenho medo deles mandarem ir pra rua [antes de completar o 2º grau], depois eu não conseguir outro serviço, né? (Márcia)

Isso aí depende de cada um... porque na empresa o pessoal... só consegue alguma coisa algum cargo, melhorar um pouco tendo segundo grau. [...] Porque muitos ali saem da empresa, sai com 25-30 anos da empresa, novo, né, e não tem segundo grau: dificuldade pra arrumar um... outro emprego [...]; firma nenhuma, empresa nenhuma quer empregado sem ter segundo grau... feito [...]. Hoje em dia tem que ter segundo grau. Então essas empresa tão fazendo isso aí... pensando, né, um pouquinho mais... nos funcionários. [...] A empresa até nesse ponto aí ela é boa, né? [...] Convênio com o SESI [para cursos técnicos]. Tem muita coisa boa, ali, é só...as pessoas se interessarem. (João Carlos)

### **Recursos de prevenção**

Através dos depoimentos se constata a referência a certas medidas ou recursos dos quais as empresas lançam mão, com o intuito de minimizar os riscos de desenvolvimento das LER/DORT. Percebe-se que *quando* são aplicados, geralmente o são de maneira isolada ou insuficiente. Não são consideradas as opiniões/sugestões dos trabalhadores e não são adotadas medidas simples e legais que poderiam diminuir a incidência (como a realização de pausas, prevista na NR17, por exemplo). Segundo Francisco Lima (1998) “somente uma estratégia coletiva permitirá que cada um possa adotar, individualmente, o ritmo que melhor corresponde às suas condições psicofisiológicas momentâneas” (p.345).

A manutenção preventiva e a corretiva, também são recursos importantes para o bom desempenho das máquinas e conseqüente diminuição, tanto do esforço dos operadores, como do risco de acidentes:

Quando é feita uma manutenção [...] a preventiva, hã, seguido, nas máquinas [...] ela funciona normalmente.[...] Então, [se] passa tempo sem efetuar isso aí, as portas que correm, trancam; então tu, claro, se persistir sempre, aquilo ali vai te trazer problema também.(Cláudia)

Não, quando a gente tá com problema na máquina, que ela tá...sugerindo, sugerindo algum perigo-a máquina- então a gente chama eles [cipeiros]- pra ver, pra eles...[...] Quando a gente precisa da CIPA, eles tão ali à disposição. [...] Quando alguém se acidenta: primeira coisa- tem que passar por eles. Aí

eles correm muito pra gente. Correm muito... e atendem muito bem. (João Carlos)

Tinha, nessa [empresa D], tinha [CIPA]. [...] Ah, respeitar o tipo de acidente de trabalho, coisa assim. Pra isso [doença ocupacional], não. Não, esse tipo de coisa, aí, eu nunca notei que eles cuidassem. [...] Não se estragar futuramente, coisa assim, não. Porque o seguro, inclusive, quando alguém entrava, é por acidente de trabalho, o cara se cortava, ou o cara... ou caía dum negócio, assim, sabe? [...] Pra quem tivesse problema assim, naquela época nem se falava... em pessoas doente assim, que adoecesse no trabalho, do trabalho.(JD)

A CIPA que, segundo as Normas Regulamentadoras, deveria atuar também na prevenção de doenças profissionais, limita-se a atuar nos acidentes de trabalho. É comum a atuação se dar após a ocorrência do acidente, envolvendo a prestação de socorro imediato, acompanhamento do trabalhador acidentado e avaliação das causas do acidente. Em algumas empresas, os ‘cipeiros’ acompanham o retorno ao trabalho e as trocas de funções tanto de acidentados, como de lesionados. No entanto, há crítica dos trabalhadores portadores de LER/DORT em relação à CIPA:

[Os cipeiros] se reúnem por, pessoas assim, número de pessoas de cada setor que se reúnem pra dizer o que vai ser colocado, que vai ser feito, as melhorias que eles pretendem fazer. [...] fica só na conversa porque na realidade tu não vê o que eles colocam ali pra ti, se tornando realidade.(Cláudia)

Olha, eles [cipeiros] vê como é que eu trabalho.[...] Só que eles pedem pra ele [supervisor] te trocar de máquina, mas a função lá na fábrica, é quase sempre a mesma.[...] A função não... tem muita diferença. (Márcia)

A troca de função/setor e o rodízio de tarefas nem sempre são eficazes, pois as tarefas são muito semelhantes, com prevalência da monotonia e repetitividade em ritmo acelerado (por vezes aliados ao esforço). A existência do Plano de Prevenção de Riscos e Acidentes (PPRA) ou do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)- nas empresas maiores, ou o ambulatório médico (nas empresas menores), não parece implicar em resultados efetivos

na prevenção do desenvolvimento de novos casos (ou na progressão de casos crônicos) de LER/DORT, como se verifica nos relatos apresentados:

Claro que existe [PPRA/PCMSO], mas a gente não... A gente mais é com a CIPA, né? Isso aí a gente não liga muito.(João Carlos)

Essa [empresa], não [não tinha médico]. A que tinha era a outra, que quando começou o problema, que eu acho que foi lá, aquela tinha médico. Mas era em época, assim, só pra também, o cara se queixar duma gripe, ou uma coisa, ou quando tava doente, mesmo, pegar atestado. Então pr'aquilo, tinha médico. E depois, as outras não tinha.(JD)

A firma só manda mesmo [pro Seguro] em último caso, assim. Quando [a pessoa] não... consegue mais.(Márcia)

Em relação às pausas, elas só existem nas empresas maiores, uma vez por dia, durante 10 ou 15 minutos, para a realização de ginástica laboral. Em uma das empresas a ginástica é obrigatória, e em outra, apesar de não haver obrigatoriedade, a ginástica é feita durante 10 minutos, após os primeiros 50 minutos de trabalho. No restante da jornada de trabalho não há pausas. Isso explica porque os lesionados lançam mão das idas freqüentes ao banheiro- eles 'criam' pausas informais, já que as pausas a que têm direito não são contempladas na organização do trabalho:

Até hoje, quinze minuto [...] por dia. Mas eu não senti diferença nenhuma. Até hoje, bah...Se não for fazer a física, eles vêm em cima. (João Carlos)

Já tava começando a ter.[...] Ginástica eles faz vários tipos, sim, de... [...] Dez minutos, todos os dias.[...] Uma vez por dia, no horário de trabalho. A gente vai lá e faz a ginástica. Só que algumas eu não fazia [porque os exercícios causavam dor].(Márcia)

Eu nunca fiz.[...] Tem de manhã, não sei se ainda continua.[...] Era opcional. A pessoa queria, fazia ou não. Então, pegava às seis da manhã, e... essa ginástica era dez pras sete.[...] Então eu não ia parar, deixar minhas máquinas paradas pra ir fazer isso aí. (Cláudia)

## Acidentes e Doenças do Trabalho

Os depoentes revelam conhecer a abrangência da incidência de LER/DORT nos locais de trabalho:

Tem. [...] mais ou menos uns 20% [com LER/DORT].[...] Tem gente que se queixa desse problema. Inclusive tem gente no Seguro, por causa desse problema de tendão. (João Carlos)

Pelo que me disseram da firma, tem umas duzentas pessoas no seguro.[...] Que a maioria é no braço, na mão, nos dedos...Tem, tudo a ver com trabalho.Tudo... [...] Muita gente já se machucou de máquina, assim, [...] e tem um monte de gente que se corta.E eu sempre me corto! (Márcia)

O jeito que ele [colega de outra firma]... Sabe, a mesma profissão que ele tinha, eu tinha. [...] Isso aí, eu acho que quem trabalhou comigo, naquela época, deve tar quase todos eles com problema no braço. (JD)

Destaca-se uma questão apontada por Márcia: a convivência com a dor e o afastamento do trabalho (temporário ou permanente) terem se tornado normais na rotina dos metalúrgicos. Por vezes setores inteiros são acometidos por doenças ocupacionais, e a dor é considerada normal, inerente ao processo de trabalho, à realização das atividades:

De dor, assim.[...] é ruim, claro, mas é uma coisa normal que todo mundo sente. Tem gente que já nem volta, vai pro seguro e não volta mais pro trabalho. Até se aposenta, ou não volta mais, não tem condições, faz a cirurgia e não tem condições de voltar.[...] Hmm, sentir dor na coluna, a gente sempre sente, né? [...] Que daí ficou pra ir pro seguro, daí, todo mundo, não vai ficar ninguém, não vai sobrar ninguém, todo mundo tem problema.[...] Todo mundo tem problema, todo mundo tem dor pra trabalhar. Só que tem uns que é *mais*. (Márcia)

Em síntese, verifica-se que o contexto de trabalho descrito pelos entrevistados, reforça a importância das condições e organização do trabalho no adoecimento por LER/DORT, demonstrada em outros estudos e pesquisas. Constatou-se a presença de: atividades



repetitivas, esforço, trabalho em posição incômoda, maquinário antigo e sem manutenção adequada, ritmo acelerado de produção e impossibilidade de controle destes fatores por parte do trabalhador, polivalência, jornada extensiva, ausência ou insuficiência de pausas, gerência autoritária e pressão por produção. E ainda aspectos das novas formas de gestão como ausência de apoio dos colegas em clima de competitividade e individualismo, pressão e responsabilização do trabalhador para qualificar-se e medo do desemprego, que geram tensão e insegurança, levando o trabalhador a protelar a busca de diagnóstico e tratamento precoces quando do aparecimento dos primeiros sintomas. Verificou-se que há poucos recursos de prevenção (ginástica laboral, manutenção preventiva/corretiva do maquinário, CIPA, PPRA/PCSMO) e que são empregados de maneira isolada, limitada ou insuficiente, se tornando ineficazes na prevenção das LER/DORT. Embora os depoentes trabalhem em empresas diferentes, constata-se a semelhança dos contextos de trabalho e do processo de adoecimento. Tal constatação vai ao encontro dos achados dos muitos estudos e pesquisas sobre as LER/DORT.

### **3. Afastamento / Retorno ao trabalho**

[A pessoa] espera até a última hora [pra consultar o médico], né? [...] Porque tem medo. [...] Porque se tu é demitido com esse problema, a tua carteira já tá assinada ali, né, porque é afastada por uns tempo [...]. Sim, porque tu foi pro seguro por um problema, e daí se tu vai pra outra firma, eles não querem te aceitar, porque tu já tem problema. Tem gente que tá trabalhando com dor pra não... pra não ir, segurando. Mas tem pessoas que não conseguem. E eu sei que é difícil. (Márcia)

Observa-se entre os entrevistados o adiamento da busca do diagnóstico e tratamento. Um dos principais motivos é o receio de ser afastado do trabalho (por encaminhamento ao Seguro ou por demissão), e as conseqüências desse afastamento. O depoimento de Márcia revela a discriminação no processo de (re)inserção profissional. Em certas empresas os trabalhadores que têm em suas carteiras de trabalho o registro de acidente e/ou doença ocupacional, geralmente não são contratados. Esse é um dos motivos porquê os trabalhadores tentam protelar ao máximo o encaminhamento, o que termina por agravar o quadro de LER/DORT.

#### **Razões para evitar o afastamento**

O registro de acidentes/doenças profissionais na carteira profissional é um obstáculo principalmente em empresas maiores:

Que eu até tinha medo de... procurar um serviço numa firma assim, e o cara chegar e dizer que não queria por causa da carteira. Mas, não, eles [na empresa menor] não deram bola! Me empregaram porque eles... tavam precisando de gente... E gente que trabalhasse que nem eu trabalho. Dentro da função que eles queriam.(JD)

O desconhecimento sobre a doença, e sobre os recursos previdenciários e seus trâmites legais, também aparece como motivo de receio:

Naquela época, não se via falar! [...] Eles [colegas] diziam: ‘Quem sabe se isso aí é do serviço?’ E eu pegava e dizia: Eu...não sei! [...] Inclusive eu não queria - eu pensei que ia ganhar menos, com negócio de INPS, até encaminhar, porque eu nunca tinha entrado em negócio de INPS, né? Ele [o médico] disse, não, vou te fazer o seguinte: eu vou te encaminhar pro seguro de trabalho, que é uma coisa que tu não vai perder nada e não vai... perder tempo, também. [...] Aí já foi feita a CAT. Eu até achei assim meio estranho: mas se eu não machuquei nada, na firma, como é que eu vou fazer um pedido, levar uma CAT - que eu nem sabia o quê que era CAT - e como é que eles vão aceitar como acidente do trabalho? Se é uma coisa que eu não machuquei, na hora, e coisa... [...] Por isso que eu tinha medo, doutora, de entrar com um pedido de seguro, esse tipo de coisa, pro INPS e eles não aceitar!(JD)

Até as LER/DORT se tornarem mais freqüentes e conhecidas, os sintomas não eram relacionados a esta síndrome (muitas vezes por desconhecimento da própria equipe de saúde), sendo interpretados como fadiga muscular, ou ‘mau-jeito’. Além disso, o entendimento (entre os trabalhadores) era de que só era possível registrar a CAT se o trabalhador tivesse sofrido um acidente de trabalho (CAT significa Comunicação de *Acidente* de Trabalho). Esse quadro gerava insegurança, pois se o pedido não fosse reconhecido/aceito, ocasionaria uma perda financeira dos dias em que o trabalhador ficou afastado do trabalho. A ocorrência de greve dos funcionários do INSS, com cancelamento das perícias, reforça a crença de que é melhor evitar o afastamento do trabalho:

[O primeiro pagamento do benefício] sempre atrasa, mais de quarenta e cinco dias. [...] Tem gente que leva quase dois meses! Então às vezes é ruim, né, porque encaminha! [...] É, é uma coisa assim, também que atrapalha, é as greve deles. Não consegui fazer perícia, tanto que eu entrei na Justiça pra ver se eu ia conseguir *antes* deles voltar, até foi aqui pelo Sindicato que eu fui

encaminhada, e não adiantou porque... Terminou a greve em dezembro, fui receber na mesma época que os outros. [...] Fiquei quatro meses dependendo dos outros.[...] Ah, dependendo de dinheiro emprestado, pra pagar aluguel, pra comer, pra tudo, assim, ó...Tive um problema, aquela época! Quatro meses sem receber. (Márcia)

Os depoentes relatam que, muitas vezes, adiam a busca de atendimento, pois o afastamento do trabalho tem repercussão negativa junto à empresa, colegas, supervisão. Tal fato se relaciona à valoração positiva conferida ao ato de trabalhar e à dedicação ao trabalho, em oposição ao “ócio” (no caso dos lesionados, incapacidade para trabalhar), interpretado pelos colegas e supervisores como falta de vontade de trabalhar:

Eu levei muito tempo, pra não me afastar, pra não procurar médico, sabe? Porque eu não podia me afastar. [...] Mas eu, assim... não fica bem! Sair da empresa, ficar afastada... Eu não sei, é uma sensação, uma impressão, assim que...no caso, a minha ficha pessoal, perante a empresa não fica bem. [...] Se tu estás sendo paga, tá trabalhando, tu não pode fazer corpo mole no serviço. Tem que fazer teu serviço, fazer tua função, executar aquilo ali que te foi devido pra fazer.(Cláudia)

É, [ as pessoas] escondem [que estão doentes]. [...] talvez pra não parar! Parar quer dizer assim que a gente... vai ficar fora da firma assim, parece que a gente vai ficar meio desdexoado de dentro da firma; dos colega, da empresa. (João Carlos)

### **Repercussões do afastamento**

A falta da rotina de trabalho, de sentir-se útil e a impossibilidade de realizar tarefas do cotidiano são apontadas como um dos principais motivos do surgimento de sintomas depressivos. Merlo (2002, p.179) refere que “a incapacitação para a vida fora do trabalho [é um dos motivos que gera] um quadro de grande sofrimento psíquico para o trabalhador atingido” :

Tu estás afastada. Primeiro: tu já não levanta no mesmo horário [...], chega ao ponto assim, de não querer mais sair de dentro de casa, tu estás dentro de casa, tu não tem mais vontade de fazer as coisas, acho que isso entra em depressão, entende, foi isso que aconteceu. [...] Muda o dia-a-dia da pessoa. Tu fica assim irritada porque tu queres fazer teu serviço normal, né, dentro de casa, já tu não consegue porque tu não tem mais aquela força que tinha na

mão, normal [...], aí tu sofre, ficar parado e ver a outra pessoa fazer.  
(Cláudia)

Márcia relata a falta da família e a impossibilidade de realizar as tarefas domésticas, como agravantes dos sintomas depressivos:

Não sei, ficava muito em casa, não podia fazer... muitas coisas, não podia sair [...]. Geralmente o meu serviço [tarefas domésticas] eu mesmo faço. Nunca pedi pra ninguém fazer. [...] Que na verdade a minha família não são tudo daqui. Moram fora.[...] E daí às vezes eu me sentia muito sozinha, bah, coisa bem ruim, aí não podia fazer nada [...]. (Márcia)

No caso das trabalhadoras mulheres, Jacques (2002) aponta que o sofrimento causado pela incapacidade de realizar as atividades domésticas está associado ao fato de, no imaginário social, estas atividades serem consideradas de responsabilidade da mulher, sendo fonte de orgulho e auto-estima.

João Carlos ressalta a importância do apoio da família e dos amigos neste período, e a busca de tarefas para aliviar o sentimento de inutilidade causado pela incapacidade laboral. Percebe-se que a incerteza quanto à evolução da doença e o risco de se tornar “inútil” de maneira irreversível, geram irritabilidade e sentimentos de desvalia, interferindo de maneira negativa no relacionamento interpessoal. O sofrimento psíquico aparece como uma das conseqüências da monotonia do ‘não-poder-fazer’, da falta de atividade.

Não, em casa, só a família, vizinho, parente. Não, isso aí não tem problema...É que... me dá muita força. ‘Tá com problema tem que se tratar, né?’ Eles diziam, né? Minha gente, da família.[...] A gente, conforme tempo, vê: eu tive um ano e oito meses, depois de um ano [...], a gente já começa a se sentir uma pessoa inútil, né. Chega segunda, chega de manhã, levanta... Bah, não tem nada pra fazer. Passa o dia todo sem fazer nada, o outro dia de novo - a pessoa vai sentindo meio, assim... sem graça...[...] Então, pegava, ia...ia capinar, varrer o pátio, essas coisas procurava fazer, porque senão, a gente... entra em depressão, né? Começa a pensar... Tá ficando inútil, né? A gente se irrita, a gente acaba discutindo, muitas vezes. Então é isso, da gente não tá fazendo nada. Falta de...o dia-a-dia, levanta, vai pro...olha pra pessoa a mesma coisa, passa o dia, a mesma coisa, vai deitar a mesma coisa, aquilo ali vai mexendo com a cabeça da gente. (João Carlos)

A incapacidade, tanto para o trabalho como para atividades cotidianas, diminui a auto-confiança. A irritabilidade, a perda da auto-confiança relacionadas à dor e à impotência

funcional são fatores reconhecidos como dificuldades no relacionamento com as famílias. Essa situação pode, ainda, levar à mudança de hábitos, interferindo na saúde como um todo:

Foi muito ruim no início. Porque... A gente tá acostumado a... a tar sempre em função, né?[...] Então, ter que ficar parado em casa... eu fiquei bem ruim, o início foi brabo.[...] Eu...fumava bastante, assim ó, porque aí começaram a dar nos nervo de eu ficar parado em casa, o...o certo que era não fazer força, né? [...] Ah, e de engordar muito também, porque o cara não tem o que fazer, engorda. [...] Aí depois eu fui, fui mais ou menos acostumando, fui sabendo que eu não podia fazer nada mesmo, então já fui melhorando um pouco. Mas no início foi brabo![...] Não, só o problema é que a gente mesmo...[...] não fica... como é que se diz, com confiança na gente. [...] eu era um cara calmo, e eu comecei a ficar estourado, qualquer coisinha, né. [...] tanto a mulher [esposa] como a guria [filha], elas foram me entendendo e, aquilo quando tava demais a dor no braço, que eu acho que dava aquele... Aqueles problema. E até hoje, né, eu nunca mais... fiquei assim, calmo que nem eu era [...]. (JD)

### **Recursos durante o afastamento**

Durante o período em que estão afastados, os entrevistados dedicam grande parte do seu tempo ao tratamento, marcação de consultas, encaminhamento e realização de exames para comprovação e acompanhamento do quadro de LER/DORT, passando por perícias periódicas. Essa rotina em função da doença pode provocar desgaste físico e psíquico. Exames mais complexos, como a tomografia, a ecografia ou ressonância magnética têm dificuldade de marcação e longo tempo de espera.

É comum a busca de atendimento em vários serviços ao mesmo tempo, como nos Centros de Referência, em postos de saúde, no ambulatório do Sindicato, especialistas em nível hospitalar, entre outros, com o intuito de comprovar a doença, obter laudos para a perícia ou na esperança de encontrar a cura ou algum recurso terapêutico que seja eficaz no alívio da dor:

E eu fiquei esses... dois desses anos, indo em dois médico do trabalho, no Santa Marta e vindo aqui [ambulatório do sindicato]. Mais esse neuro [neurologista] que me acompanha, e ele disse que não há nada o que fazer. (Márcia)

O encaminhamento ao CRP faz parte da trajetória de alguns portadores de LER/DORT. Márcia relata como se dá esse encaminhamento e a dificuldade de encontrar uma outra atividade não repetitiva. O depoimento também revela o quanto o retorno ao trabalho é empregado pela equipe de saúde como uma forma de ‘castigo à falta de colaboração’ do trabalhador:

Daí eles me mandaram fazer o CRP lá [...]. Daí lá que eles te dão reabilitação, passa pela Assistente Social do INSS, a Assistente Social encaminha.[...] Se eu tenho condições de voltar a trabalhar, eles mandam fazer esse teste. [...] Aí tu fica trinta dias pra fazer CRP no serviço [na fábrica].[...] É, em outra função, eles botam noutra setor.[...] Fiquei menos de vinte dias.[...] Digo, não, eu não vou ficar os trinta dias porque eu voltei a sentir dor, e... Daí, tá, eu falei com a assistente social da firma, eu disse: Não vou conseguir ficar trabalhando. Ela disse: ‘Se tu não consegue, a gente não pode fazer nada, então tu volta’. [...] Voltei pro CRP. Aí lá foi marcada uma nova perícia. Daí eu passei por ela, ela disse: ‘Não, vou te passar pelo... pelo médico nosso, que é um ortopedista, daí ele vai... vai ver’. Daí eu passei pela perícia, o médico disse assim: ‘Ah, tu já tá melhor’. Eu disse, não melhor eu não tô, eu não consegui ficar fazendo os...todo o teste. Daí passou por esse Ortopedista, deu uma olhada no exame, como se diz, a... a ressonância. Daí ele não me disse nada, mandou de volta o resultado pro médico da perícia ali, aí me deu o resultado, ele tinha me dado alta! (Márcia)

Tal conduta é um dos determinantes para o retorno ao trabalho antes de o quadro clínico ter sido estabilizado; o número de benefícios concedidos também é usado como argumento:

A gente volta com dor. Porque na verdade, agora, da última perícia que eu fiz, a... o pessoal do INSS alegaram assim: ‘Não é que tu não tenha uma doença, tu tem, todo mundo tem doença grave, só que a gente não tem mais como continuar com muita gente, porque a gente não tem mais como, médico, assim, pra atender, e continuar no seguro, a gente tá mandando de volta, pra trabalhar’.[...] Eu disse assim: Mas eu ainda tenho dor! ‘Não, mas não tem mais como continuar, tu tem que voltar’.[...] E eles...do INSS liberam mesmo tu com dor. Eles não querem saber. [...] A pessoa não consegue, a firma manda de volta, aquele vai-e-vem, né? (Márcia)

Aí fui lá! Aí o médico - eles tavam de greve, né, só que as perícias eles atenderam. Eu acho que me fez a perícia na verdade era médico contratado,

pra fazer as perícia e não médico da própria área. [...] porque ele foi, disse assim: mandou cumprimentar, o dedo, aberta a mão, né, que tava inchado. E eu disse assim, só que esse movimento me dói, doutor. [...] E tô com a mão inchada. ‘Tá, mas tu já pode voltar a trabalhar. Vou te dar só mais uns dias pra fisioterapia’. Vou dizer o quê? Fiquei quieta, peguei os papéis e fui embora. Um animal! Nem o nome direito, a assinatura dele pra que a gente pudesse entender... Indecifrável! Péssima [a perícia]! Bem frisado: péssima! [Ri] Ele dá mais dias, né, parece até que eles tão te pagando um favor! Mas é tu que tá pagando o salário deles pra eles tarem trabalhando. Isso não cai na cabecinha deles, a ficha não... cai, cai, mas eles acham que eles podem pisar por cima dos que são menos... (Cláudia)

Aí com um ano e sete meses eles me mandaram trabalhar. E eu não tava nada bom. Quer dizer que já tava melhor, porque já tava fazendo o tratamento... [...] Quer dizer que... eu não fiquei curado, apesar que, sei lá se isso aí cura. (JD)

Pelo depoimento de Márcia, o médico perito reconhece a gravidade da doença, mas indica o retorno ao trabalho visto o número excessivo de afastamentos. Com a agravação do quadro, o trabalhador é novamente afastado do trabalho, e como Márcia refere, fica num “vai-e-vem” da empresa para o SAT e vice-versa, numa situação extremamente desgastante. No caso de Cláudia, uma incoerência se revela no fato de o perito considerar que ela “está bem”, apesar do edema ser um sinal evidente de processo inflamatório agudo, e prescrever um tratamento fisioterápico seguido de alta para o trabalho, sem sequer revisar o efeito deste tratamento. No caso de JD foi possível se obter melhora dos sintomas (o afastamento foi por período prolongado e o tratamento surtiu efeito), mas não a resolução completa do quadro. Apesar destes casos poderem ser classificados como crônicos, o diagnóstico e tratamento corretos, bem como orientação detalhada (à empresa) quanto à (in)capacidade laboral, são fundamentais para que o trabalhador consiga se manter no local de trabalho após a alta.

Essas questões apontam para outro aspecto fundamental do retorno ao trabalho: os trabalhadores (mesmo os que obtiveram alívio dos sintomas durante o afastamento) sofrem agravação dos sintomas ou progressão do quadro de LER/DORT ao retornarem para o contexto de trabalho que ocasionou o adoecimento.

### **Expectativas no retorno**

A primeira volta foi triste! [...] Então tu volta - pronta pra assumir a mesma... [...] tu sabe como é que funciona; mas só que tu perde [...] aquela agilidade rápida [...]. É que tem que ser sempre correndo! [...] Mas tu fica com receio porque tu não pode errar. [...] E, e na máquina, no caso, se acontecer isso, tu não gera uma peça só, tu tá, tu vai gerar quatro sucata de uma vez só. Porque são, é dispositivo pra quatro moldes. [...] Eu não sei se todo mundo teve esse tipo de preocupação, a preocupação de não errar, porque tu precisa do teu emprego...[...] não querer gerar sucata; e ao mesmo tempo [...] não querendo forçar a mão que ao mesmo tempo tu tem que forçar... Então, isso, eu sofri assim, tipo de uma pressão muito grande - *eu* me sentia... pressionada.(Cláudia)

O depoimento de Cláudia é ilustrativo de algumas das principais dificuldades que os trabalhadores lesionados enfrentam no retorno ao trabalho: o confronto com a mesma organização do trabalho, com ritmo acelerado de produção e cobrança da chefia, só que agora com a perda da agilidade pós-adoecimento. Consta-se apreensão e incerteza quanto à capacidade de realizar tarefas bem conhecidas (no primeiro retorno, todos os entrevistados foram alocados na mesma função que exerciam antes do afastamento). O sentimento de responsabilidade em relação ao trabalho, o medo de errar e o receio de perder o emprego aumentam.

As seqüelas físicas e psíquicas decorrentes do adoecimento e afastamento do trabalho interferem no reconhecimento antes advindo dos atributos de ‘bom trabalhador’, perante si mesmo, os colegas, a chefia, a empresa. É comum o receio de ser transferido de setor e o pressentimento da discriminação e do menosprezo por parte dos colegas e da chefia:

Às vez a gente pára um ano, como eu tive, um ano e meio, depois a gente volta, assim, meio sem jeito, volta meio engraçado, assim, parece que... que a gente tá meio de lado, assim. Parece que o tratamento vai ser outro! Ou mudam a gente de lugar, então tudo isso aí vem na cabeça da gente. [...] A firma parece que deixa a gente de lado, né? Aliás, a gente não é mais o mesmo! A gente já não é mais aquela pessoa que ficou anos ali. Isso que vem na cabeça da gente! (João Carlos)

Para João Carlos estas questões pesaram ainda mais, pois algum tempo após retornar do seguro, foi transferido para a filial da empresa, tendo que se adaptar a um novo ambiente de trabalho, a colegas e chefia desconhecidos. Márcia aponta que, apesar de sentir falta do trabalho, a apreensão em relação ao retorno e possível agravação dos sintomas e a insegurança



em relação à realização das tarefas, causam sentimentos de desânimo e frustração. Nota-se, ainda, o receio de alocação em setor em que as condições de trabalho sejam piores e a supervisão do trabalho mais rígida, com restrição ainda maior das possibilidades de adaptação:

[...] claro, que tu não tando trabalhando, tu não tá fazendo aqueles movimentos, e tu sente menos dores. [...] Aí tu voltou a trabalhar, começa a sentir [...]. Às vezes, eu digo assim: até sinto falta de trabalhar, mas... só pensar no que eu ia sentir, tudo de novo... [...] Primeiro dia a gente começa a pensar: Meu Deus do céu, será que eu vou conseguir? Será que eu vou sentir dor? [...] Só que no primeiro dia eles me botaram na máquina que [a peça sai] pronta da máquina [...]. Digo: Não, eu vou ficar [no mesmo setor] porque [...] tem outros setores, [...] é muita pressão, é por produção, então tu não pára, tem máquinas que tem que ser de pé, não pode nem sentar! O movimento que eu voltei a trabalhar, assim, [...] segunda semana, já comecei a sentir. (Márcia)

Para JD, a impossibilidade de se manter afastado para realizar exames e tratamento, a expectativa do retorno ao trabalho sem perspectiva de mudança compatível com as seqüelas da doença, aliadas a circunstâncias patogênicas durante o afastamento (tabagismo, sedentarismo, aumento de peso, irritabilidade, tensão, angústia), repercutiram de maneira grave e aguda na sua saúde:

[...] Quando era pra voltar a trabalhar, aí eu fiz outra perícia, eles negaram. Aí eu tinha que voltar a trabalhar. Né? Aí, naquele meio tempo, quando eu ia voltar a trabalhar, me deu o infarto. [...] porque eu não ia poder trabalhar, entendeu? [...] Porque o cara sabendo que não tinha condições boas pra trabalhar, o quê ia fazer? Como que ele ia fazer? Se tinham negado a perícia? Ia ter que voltar na marra a trabalhar! [...] Eu acho que foi, só podia ser, problema de... de nervos, que eu comecei a me enervar porque eu não ia poder trabalhar, né, não tinha outra coisa pra fazer, os médico... negaram a perícia, né, a segunda perícia, eles me deram dois mês só, com alta, já. (JD)

### **Agravação/ novos sítios de dor**

Através dos depoimentos se verifica que não há um programa de retorno ao trabalho eficaz para trabalhadores acometidos por doenças profissionais. Quando o trabalhador lesionado retorna para o trabalho, volta para a mesma função que exercia antes do afastamento. Todos

os entrevistados tiveram agravação do quadro, além do acometimento de outros segmentos do corpo por LER/DORT:

Meu problema é...tendinite, e agora se agravou, é bursite, né, passou a ser bursite. [...] Quando eu voltei a trabalhar, [o antebraço] já tava desinchado, já. [...] Voltei pro mesmo serviço. [...] eu fui começar a sentir depois, depois de mais um tempo, né. Aí foi no ombro.[...] uma fraqueza que descia do ombro, assim, aí descia pelo braço todo, né.[...] o serviço era sempre a mesma coisa, né? Então, não tinha como *mudar*. Eu apenas fui diminuindo o ritmo [...] É, é uma forma que eu achei pra...aí güentar, pra dar mais...Andava parando muito - começou a pegação ... Da supervisão, né?  
(João Carlos)

O depoimento de João Carlos remete à constatação de que todas as funções na empresa são repetitivas, em ritmo acelerado e sob pressão da supervisão. Para conseguir realizar as tarefas, João Carlos recorre à diminuição do ritmo de produção e idas freqüentes ao banheiro (“paradas”), mas que, por sua vez, atraem a cobrança da supervisão e desentendimentos com colegas.

O acompanhamento da CIPA e do médico da empresa quando do retorno nem sempre acontece. Quando o trabalhador é re-allocado podem surgir resistências:

Aí eles queriam me trocar de setor, de função, com a função alternativa, eu disse: eu não quero!... Bom, aí disse assim: “Então tu assina um termo, te responsabilizando pelos problemas que isso vão te causar, trarão esse tipo...”  
[...] Não, não vou assinar porque o problema não sou eu! [...] vocês é que têm que trocar o sistema, o sistema que tá errado, eu não sou eu que tô errada! [...] Pensa assim: bota uma pessoa sem nada ali - quanto tempo essa pessoa vai ficar ali sem faltar pra por um atestado por causa da dor no braço, no ombro, assim por diante? E assim vocês vão trocando [as pessoas] e o sistema vai continuar errado sempre, porque tem como passar pra uma CNC. [...] não são essas CNC que te davam esse tipo de doenças ocupacionais, e sim as convencionais. [...] Aí eu falei, fui cobrando, cobrando e eles trocaram aquilo ali. (Cláudia)

Neste recorte de depoimento se constata a não substituição imediata das máquinas. Quando Cláudia se nega a trocar de função, há uma tentativa de responsabilizá-la por isso, à qual ela resiste apontando as falhas das condições e organização do trabalho: a troca de função encobre (ou adia) a melhoria nas condições de trabalho. Em vez de trocar as máquinas convencionais, troca-se o trabalhador e se mantém as máquinas com comando manual que

exigem mais esforço do operador. A reação de Cláudia pode representar uma preocupação com o coletivo de trabalhadores, mas também que Cláudia não achava justo ser afastada das máquinas por falhas da empresa na organização/condições de trabalho, pois “adorava as máquinas” CNC e havia se esforçado muito para conseguir trabalhar com elas. Com a insistência de Cláudia, foram eliminadas duas das seis máquinas convencionais que Cláudia operava. A demora por parte da empresa em efetuar essa mudança, contribuiu diretamente para a agravação da doença.

Outra situação comum, apontada por Márcia, é a manutenção do trabalhador no seu posto de trabalho, com o uso de medicação para aliviar a dor, indicada pelo médico da empresa. Essa conduta faz com que o trabalhador mantenha o ritmo de produção, por ter a dor aliviada pelos medicamentos, mas o expõe a realizar movimentos que irão agravar o quadro de LER/DORT:

“Daí voltei a trabalhar, né, mas sempre sentindo essa parte aqui [coluna cervical], né [...] Daí eu voltei a trabalhar assim mesmo, com dor, um pouco, mas e o médico só me dava remédio, dava remédio, fiquei um ano, mas sempre com dor aqui no braço”. (Márcia)

Em empresas onde não há atendimento médico, o laudo feito pelo médico assistente (do SUS ou do Sindicato) especificando a restrição de tarefas no retorno ao trabalho, é um recurso que auxilia a evitar a recorrência/piora dos sintomas. Mesmo assim, no depoimento de JD percebe-se que nem sempre é possível seguir a recomendação médica, devido à cobrança externa, internalizada pelo próprio trabalhador, na realização das tarefas:

[...] aí o médico teve que pegar um papel, fazer um laudo e mandar pra firma – que eu não podia fazer esforço com o braço esquerdo! [...] Então, tudo já era mais no... controlado. Eu já não me atracava muito no serviço que nem antes do seguro [...]. Aqui a mão esquerda pra cortar com a tesoura: [...] agora, mesmo, tenho que trabalhar, cortando, mas pouquinho tempo, e já dá uma paradinha, dá uma descansada no braço. [...] não tenho mais aquela habilidade que eu tinha [...]. E não tenho força também [...]. E agora tá pior, porque agora a dor não é só do cotovelo pra baixo. Agora é...na paleta toda, toda.[...] Isso aqui já vem, cada vez piorando mais.[...] E agora tá como uma epicondilite. E agora eu me cuidando duma coisa [do infarto] e estourou o braço de novo! Quer dizer que agora, o braço não deixa a gente trabalhar. Não deixa porque, eu trabalho durante o dia lá, faço o que tem que fazer. (JD)

### Acidentes de trabalho

Apesar dos acidentes de trabalho serem freqüentes na metalurgia, os depoimentos apontam para uma diferença na ocorrência pós-adoecimento, pois os entrevistados os relacionam às limitações (perda de força ou agilidade do segmento afetado, por exemplo) causadas pela síndrome. No caso de João Carlos, a ocorrência do acidente foi um dos determinantes da procura de atendimento médico:

Uma vez...Me machuquei. E esse dedo aqui, que é cortado, que é cortado...[o polegar direito.] Foi porque eu deixei cair a peça e ela bateu na [máquina] e voltou, bateu no meu dedo. [...] Aí, quando cortou esse dedo aqui, que eu sabia que andava caindo [peças das mãos]... mas eu não tinha ido vê ainda.[...] Aí passou mais uns dois meses, aí eu fui vê porquê, o que realmente tava acontecendo com o meu braço, né. (João Carlos)

Ao descrever o último acidente de trabalho que lhe ocorreu, Márcia, aponta o fato de que, apesar de ser comum as pessoas se cortarem na seção onde trabalha, ela mesma nunca havia sofrido um acidente que necessitasse sutura (“dar pontos”):

[...] aí eu já tinha dado a minha hora, ia parar pra outra trabalhar, né [rodízio de funções]; daí a máquina abriu, [...] eu fui segurar a peça- que tem umas que é afiada e outras, não [...], e às vezes, pra não cair, a gente tem que segurar pela lâmina.[...] aí veio direto, assim, a ponta da peça. [...] Daí cortou [o 1º dedo da mão direita]. [...] até nesse mesmo dia o pessoal da CIPA tiveram lá olhando pra ver como é que a gente trabalha. Disseram: ‘Mas como é que aconteceu? A gente recém teve lá olhando como é que vocês cuidam o serviço’- que muita gente se corta. [...] Daí eu disse: Não, acontece que a máquina abriu, e o molde, não sei se tava muito bom, e a peça grudou pro outro lado e ela veio direto no dedo! [...] eu tava sem luva naquele momento- mas mesmo que tivesse com a luva, tinha cortado igual. [...] E eu sempre me corto! De leve, mas não assim, a ponto de levar ponto, depois de todos esses anos; aí foi a primeira vez que eu me cortei assim, de ter que fazer ponto, assim. (Márcia)

No momento do acidente Márcia estava sem luvas. Em trabalhadores lesionados, o uso de luvas diminui ainda mais a agilidade e sensibilidade (que já estão alteradas devido à doença) ao operar as máquinas e manusear as peças. Nota-se que, quanto à prevenção de acidentes de trabalho, as empresas privilegiam o uso de Equipamentos de Proteção Individuais, em vez de

investir em medidas de proteção coletiva, como modificações no maquinário que evitem acidentes e doenças ocupacionais.

### **Relações com a supervisão/pares**

Outro aspecto importante relatado pelos entrevistados no retorno ao trabalho, é o das modificações que ocorrem no relacionamento interpessoal no trabalho. É comum os colegas de trabalho interpretarem o fato de o trabalhador não conseguir manter o ritmo de produção/atingir as metas, como “corpo-mole”. O “vai-e-vem” causado pelas altas e retornos freqüentes e conseqüente garantia de um ano de estabilidade após a alta, são motivos para que alguns colegas discriminem os lesionados.

Outro fator que contribui para as interpretações errôneas sobre a incapacidade funcional do trabalhador lesionado, é a invisibilidade das LER/DORT:

Ah...Aquelas piadinha quando a gente volta do seguro, porque eu tive duas alta, né. Trabalhei um pouco, não deu, aí voltei pro seguro. Sempre tem assim: “Bah, não qué faze mais nada...”[...]. “Depois volta, aí a firma não pode mandar embora, aí é que não qué mais nada, mesmo...”[...] Esse tipo de piada, a gente... A gente fica quieto, né, não quer se complicar. Sempre tem que escutar piada porque chamam a gente de vadio, né, eles acham que a gente foi pro seguro pra ficar sem fazer nada.[...] Porque... sabe, como se a pessoa faz assim: “ó, o João Carlos não se cortou nem nada e foi pro Seguro”, né? Meu problema é um que sente por dentro, muitas pessoas acham que...[...] “Foi pro seguro e... não qué mais nada!” Entendeu? [...] Então... tem pessoas assim. Mas tem outras que não, né. Tem umas que entende, ou sente alguma coisa, né? (João Carlos)

Percebe-se a irritabilidade e tensão decorrentes desta situação, agravadas pelo fato de que não se pode comentar com “qualquer um” os sintomas da doença, devido à competitividade e às “fofocas”:

[...] Ah, a gente se irritava, porque, geralmente, era um ou outro colega que a gente conversava que tava, um pouco, sentindo o problema ali, né? Não era com todos, né? A gente não pode confiar em todo mundo, né? [...] porque a gente pensa que tá falando uma coisa, e quando a gente menos espera vem a supervisão em cima: “Tu tá com problema? Porque tu não falou?” [...] E eles [colegas] mesmo diz: “Não, se tu tá com problema, não consegue trabalhar, porque tu não vai no médico, não vai embora?” Os...os colega falam isso aí. “Vai no médico, vai embora”. (João Carlos)

Os entrevistados que passaram por este tipo de discriminação se apresentam desapontados e ressentidos, com o rechaço dos colegas. No caso de Márcia essa situação é mais evidente, uma vez que um dos motivos que a fez querer retornar para o mesmo setor, foi justamente já conhecer os colegas. Um dos motivos identificados para a resistência por parte de colegas e supervisores é que a equipe fica sobrecarregada ao ter que “dar conta” das tarefas acumuladas em função da incapacidade funcional dos trabalhadores com LER/DORT:

Os colegas, a gente... tanto que eu quis voltar pra lá porque já tava acostumada com eles, foi tudo bem, né. Só que eles disseram: “Mas tu voltou? Por que tu não continuou no seguro?” [...] Alguns falam assim: “Bah, ficou tanto tempo no seguro, não sei o quê...Pra que tu voltou já a trabalhar?” Digo: Mas não é questão de querer voltar, assim. Tu tem que voltar quando eles liberam. Mesmo sabendo que tu não tá bem, mas eles liberou do INSS, tu tem que voltar. Sempre tem pessoas que falam assim, mas eles... sabem que não é fácil, tem gente que volta, não consegue trabalhar uma semana. Disse: olha, se fosse por mim eu não voltava, que a vontade às vez é de não voltar; pensar que tu tem que enfrentar tudo de novo... (Márcia)

Apesar destas dificuldades, constata-se no depoimento de Márcia, uma mudança importante pós-adoecimento: o fato de alertar a colega com quem faz revezamento na máquina, para que não deixe a doença evoluir a ponto de ficar como ela própria ficou. Márcia insiste com a colega para que não se deixe levar pelo fato que “todos sentem dor” ou que não há ninguém para substituí-la (situações pelas quais Márcia passou), porque a demora no tratamento adequado permite que a doença evolua para uma estágio mais grave de incapacidade funcional:

E a guria que trabalha comigo, [...] diz assim: ‘tu acha que eu também não tenho dor?’ Eu digo: eu sei que todo mundo tem, não tem como não ter.[...] ela disse que tem tido bastante dor, tem dias que não agüenta, mas eu digo assim: mas porque que tu continua aí? ‘Ah, porque não tem ninguém’.[...] Eu digo: por quê que tu também não vai pro Seguro? Eu sei que no momento não estourou o teu problema que nem o meu, [...] no momento que *tu* tiver aquilo ali, tu também não vai conseguir. [...] Ela: ‘não, mas eu tô conseguindo’. É, mas no momento que tu sentir o problema que eu senti também, a ponto de não conseguir trabalhar, [...] então chega a ponto de tu não consegue mais que nem eu.(Márcia)

Em algumas situações os trabalhadores contam com a compreensão e a colaboração dos colegas/ chefia, o que também pode gerar sofrimento ao trabalhador:

Eu sempre falei. Eu sempre disse, ó eu tô com uma dor nesse braço! [...] Porque eu não tenho vergonha de mostrar [quando tem câimbras devido ao esforço]. E hoje, nem eles não querem deixar [“forcejar”], né, porque tão vendo que eu não posso.[...] Agora, [...] todo mundo, já conhecem, já tem...Que a televisão, inclusive já ensina, de saber o que é uma tendinite, pelo menos de falar e ver falar agora.[...] Não, agora , assim, no caso, não discriminação, mas só no eles entender que a gente não pode forcejar, que a gente não pode fazer aquele tipo de coisa, então isso aí fica ruim, né, eu acho ruim.[...] Eu acho brabo eu não poder fazer as coisas que eu fazia! De...colega ter que vir me ajudar pra fazer um tipo de serviço, se antes eu fazia aquilo ali! Mas só da minha parte, no caso, de eu ter que pedir pra outro pegar uma coisa que... eu fazia! (JD)

Nota-se que o que faz JD se sentir inconformado, envergonhado, é o fato de depender do auxílio dos colegas para realizar tarefas que, antes do adoecimento, ele realizava sem nenhuma espécie de limitação. O convívio com modelos autoritários de relação com as chefias são recorrentes:

Tu tem o supervisor do setor e tem o preparador que é o líder, é após o supervisor, né? Ele sabe mexer em tudo. Ele não tinha paciência, entendeu? A paciência. Era assim, um animalzinho pra lidar. [...] Eu chamei ele [o preparador], aí eu disse assim: [...] Tu dá uma verificada pra mim, porque pra mim tá certo [as medidas na CNC], mas tá dando errado! [...] Aí ele foi lá , [...] mediu; disse assim: ‘Isso aqui tá pra mais ou tá pra menos?’ Assim: pra mim, isso aqui tá fundo! ‘Tu nem sabe mais o quê que tu tá fazendo!’ E assim ele saía, assim ele foi, grosso assim, até o último! De...de... de chegar assim de eu chorar trabalhando, chorar, por causa, devido à estupidez dele.[...]de ter chegado pra ele e dizer assim, ó: me manda embora porque eu não to agüentando mais! (Cláudia)

Às vez eles [supervisores] cobram, assim, quando tão com muita pressa, né, pra gente ir mais rápido, mas a gente não tem como ir mais rápido, aí a gente tá fazendo o normal da máquina. [...] O chefe, quando eu saí era um, quando eu voltei era outro. [...] E esse que voltou pra gente, da noite, ele cobra mais, ele tá sempre no teu pé. [...] ele disse assim: [...] ‘Tu é obrigada a fazer esse

serviço, porque a condição é sempre a mesma, [...] e aqui não pode escolher. [...] ‘Não posso te deixar só num serviço só, né. Que daí todos vão querer, então todos têm que fazer a mesma coisa’.[...] Daí eu digo: não, tudo bem, eu vou fazer até quando eu agüentar. (Márcia)

No depoimento de Márcia, além da pressão para aumentar o ritmo de produção, é dado como impossível sua alocação em um posto de trabalho compatível com suas limitações. A justificativa recai na necessidade de não fazer diferenciação entre os trabalhadores para que outros não se julguem no direito de reivindicar mudanças. No caso de Marica lhe é destinada a máquina em piores condições de manutenção:

É uma parte em pé e outra sentada. Só que como as pessoas... não gostavam de trocar, uma outra que trabalhava comigo, só...[...] eles [supervisores] não... me substituíam por outra, né, porque ninguém gostava de trabalhar na mesma máquina.[...] Porque [a máquina] era ruim, todo mundo tinha problema![...] Aí a gente era obrigada a ficar na mesma máquina.[...] Daí eu fui no médico da firma, e ele me encaminhou de novo pro seguro, porque eu não conseguia mais.(Márcia)

Diante deste contexto, entende-se porque João Carlos diz que, quando o supervisor adota uma postura compreensiva, respeitando os limites de cada trabalhador, “o ambiente pra trabalhar melhora 70%”:

Esse [supervisor] que tá agora, o atual [...] O ambiente fica melhor, né, com um supervisor que... que conversa com a gente, que... não fica sempre cobrando ali, de olho, cuidando, [...], a gente trabalha com [...] mais liberdade [...] Produz mais ainda, trabalha melhor; [...] o risco de acidente é bem menos, né? [...] Tô há quatro meses, graças a Deus, olha, não tive problema com supervisor nenhum; algumas piadinhas de alguns colegas, mas isso aí, a gente não... a gente não dá bola, né? (João Carlos)

O relato de João Carlos aponta para as mudanças que ocorrem durante o afastamento ou após o retorno do trabalhador.

### **Mudanças no contexto de trabalho**

Da última vez que João Carlos teve alta, a CIPA e o médico da empresa o acompanharam na escolha de um posto de trabalho no mesmo setor, mas numa atividade mais leve, com peças mais leves que não forçassem tanto os membros superiores, e com movimentos mais lentos. Depois da troca de função e da troca do supervisor, João Carlos tem conseguido se manter trabalhando:



É, isso aí passa pelo médico e pela CIPA, né? [...] É, a CIPA...com o médico, né, vão ver um serviço adequado pro tipo de problema que a pessoa teve, né? [...] Não, a pessoa hã... pega direto, sem... sem correr, como a gente diz, não tem aquela correria.[...] Assim mesmo eles diz: ‘Ó - vai devagarinho, qualquer coisa, volta a falar com nós aqui da CIPA e o médico diz...’ [...] É, eu fiquei na mesma área, no mesmo setor, né, mas só que agora eu tô [num] serviço mais leve.[...]Isso aí até não...não me força. (João Carlos)

Esses são fatores considerados facilitadores do retorno ao trabalho (GRAVINA, NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

Na empresa onde Márcia trabalha, também ocorreram as transferências de setor/função. No entanto, não basta a transferência se as atividades continuam sendo repetitivas e com ritmo intenso. Ou ainda, revezamento de tarefas (que poderia ser benéfico no sentido de diversificar as tarefas, poupando certos grupos musculares), que pode ter efeito contrário ao desejado, piorando os sintomas e/ou afetando outros segmentos do corpo, se a tarefa a ser intercalada com a operação das máquinas também se caracterizar pela repetitividade em alto ritmo:

Daí eu voltei, hã, ele disse assim: ‘Ah, agora vou te encaminhar pra um outro setor’ [...] mas só que...Todos os setores, o movimento é o mesmo.[...] Tem lugares assim que tu tem que botar pecinha ali o tempo inteiro. Não pára um minuto. Então tu vai sentir mais ainda! Daí eu disse: Não, então me deixa no meu setor. Não na mesma máquina, mas... [...] É um pouco menos, mais leve, a máquina é mais baixa, o molde já não é muito pra dentro da máquina, não tem que forçar *tanto* pra dentro. Mas igual, a função é a mesma! [...] Eles não...não diminui! [o ritmo da produção] o único...é tu trocar, né? Ficar uma hora a máquina e a outra [n outra função].[...] ali, tu força o braço, igual. [...] força a mão, todinho o braço! E aquilo ali dói! [...] Desde que eu voltei, que eu ainda sinto dor assim, [...] às vezes baixo a cabeça, começa a doer a cervical.[...] Tem horas que dá uma dor forte aqui no cotovelo. [...] Mas qualquer serviço tu tem que baixar a cabeça igual; tem que trabalhar sempre com o braço, com a mão direita. (Márcia)

No depoimento de Cláudia, verifica-se que a mudança do comando da máquina (que era por pedal e passou a ser manual), para evitar agravos nos membros inferiores, terminou ocasionando um quadro de LER/DORT no punho esquerdo e, ainda, que a manutenção do comando por alavanca (acionado com a mão direita), provocou a progressão da STC à direita, para um estágio ainda mais grave. Em dois meses, Cláudia teve de ser re-encaminhada ao

Seguro, onde permanece aguardando autorização para ser submetida a cirurgia no punho esquerdo.

Aí quando voltei, no ano passado [...], eles mudaram os sistema da máquina. Em vez de fechar o dispositivo com o pé - porque eu tenho uma tenossinovite no tornozelo aqui [...] - do pé trocaram pra mão [esquerda], então tu passa o dia inteiro-fecha e abre, fecha e abre. E essa aqui [mão direita] tu bate a alavanca aqui. Então tu volta...duma microcirurgia, tu cai na mesma função, tu usa...é direto, bate, bate...direto aqui. Então tem atrofiamento. (Claudia)

### **Impôr limites**

Uma das maiores dificuldades após o adoecimento é o trabalhador respeitar seus próprios limites e impôr limites em relação ao que lhe é imposto. O mais comum é apelar para estratégias individuais, que terminam contribuindo, tanto para a manutenção do contexto patogênico de trabalho, quanto para a agravação do quadro de LER/DORT. Se em determinadas situações os entrevistados conseguem se posicionar contra a cobrança excessiva ou a sobrecarga de trabalho, em outras, se sentem obrigados a realizar as tarefas solicitadas. Para os que trabalham como operadores de máquina, é ainda mais difícil controlar o ritmo de produção, uma vez que esse é determinado pelo ritmo para o qual a máquina está programada:

Agora, faz um monte de tempo, que chega de noite eu tenho que pegar um álcool que eu tenho lá com...erva , e afomentar o braço. Pra bem de poder dormir direito, né? [...] A única coisa é isso, que quando a coisa é muito feia, eu pego e compro os remédio! Por conta eu vou na farmácia, compro os remédio, e tomo! Eu continuo o serviço e não tem como, porque o serviço tá pra fazer e tem que fazer, né? [...] hoje, no caso, [...] se o patrão diz “nós vamo fazer em tantos dia um serviço”, a gente já pega e diz, olha, não vai sair! Não dá pra largar! Então, o que vinha pela frente, a gente fazia. Já hoje, eu não faço nem hora [extra], nem serão.[...] no tipo de serviço que eu trabalho agora- se fosse começar de novo, a trabalhar, eu acho que eu não...não me estragava. [...] Agora, como eu tô estragado, qualquer coisa que eu vá forcejar, ou mesmo lidar com parafuso pequeno, quer dizer que aí, causa, porque eu já tô estragado.[...] de primeiro eu fazia - serviço que era pra dois eu fazia- eu fui muito louco, por causa disso aí. Porque hoje em dia, não, se é serviço pra dois [...], não tem um outro, eu também não coloco! Eu digo pra ele [pro chefe], ó, tá faltando um cara! (JD)

É, eu não vou correr, assim; não vou tar correndo aí, fazer tudo correndo aí, depois a gente não consegue... [...] Sim, porque, cada vez que tu forçar, tu vai sentir. [...] Vou fazer conforme eu consigo. Mesmo que eles quer, eu digo: ó, não tô conseguindo ir tão rápido. E depende muito da máquina também. Que tu tem que ir pelo ritmo da máquina. Claro, que ela ali é de segundos, que ela abre e fecha, tu tem que ir no ritmo dela. Mas tu tem que ser ligeira também, né? (Márcia)

O fato de o trabalhador enfrentar a pressão, principalmente da chefia, sentindo-se descartado pela empresa por não produzir como antes do adoecimento, pode levá-lo a tomar decisões de impor um limite ‘definitivo’. O depoimento de Cláudia ilustra uma situação rara entre os trabalhadores lesionados, em que ela consegue, sob intensa pressão, confrontar as atitudes do supervisor:

Como eu disse pro supervisor, agora, antes de me afastar eu disse a ele: olha, eu acho que não é justo, porque [...]Então, então, pois assim acho que não é justo, agora eu precisar de... me tratar, da minha mão e do joelho e-e-e [...]e tu ficar assim comigo! Sim, porque [...] Foi quando eu cheguei pro doutor e disse assim: [...] se porventura eu vier a me afastar novamente em função [do] problema da mão, eu não volto mais pra [empresa]. (Cláudia)

Ao se retomar a trajetória profissional de Cláudia, percebe-se o quanto ela investiu no trabalho:

[...] Não é que eu não goste da *minha* função, adoro aquilo que faço. Eu batalhei pra... Eu, eu falei com um e com outro pra chegar nas máquinas onde tô hoje. [...] Ali pra mim foi tudo. Mas vai até um certo ponto. É que eu não quero passar a mesma pressão que eu passei no ano passado [...], trabalhar chorando... [...] E chegar em casa não ter paciência com os meus filhos , [...] eu não quero dar continuidade na [empresa] que vá chegar um ponto, futuramente, de eu não poder fazer as *minhas* coisas dentro de casa em função das minhas mãos. É isso que me levou a tomar essa decisão. [...] A princípio, assim, ó: eu já falei pros meus filhos também [...] - eu tô bem ciente disso- independente de decisão de INSS, [...] eu, pra [empresa] eu não volto [...] vai baixar o nosso, [...] padrão de [vida]. [...] Eu tenho uma pensão que eu recebo do meu esposo, não é muito mas dá pra se manter. [...] porque os dois [filhos] têm condições suficientes de se manterem sozinhos.[...] E agora tá ficando, chegando o tempo que eu tenho perícia este mês, e tá, tá, eu

tô ficando assim, ansiosa, nervosa, e *com medo!* Medo de ter de voltar e enfrentar toda essa pressão de novo.(Cláudia)

Constata-se o medo e apreensão pelo retorno ao trabalho até que consiga negociar a sua saída do emprego. Esse recorte de depoimento também aponta para aspectos fundamentais da vida dos trabalhadores após o adoecimento, como as incertezas quanto ao futuro, relacionadas ao prognóstico da doença e o sentimento de impotência diante da sensação de sua inevitabilidade.

### **Prognóstico/Medos**

É recorrente entre os entrevistados, o medo de apresentar seqüelas irreversíveis que os impeçam de levar uma vida normal, especialmente o medo da invalidez. Esse medo envolve questões relacionadas ao impedimento, não apenas para o trabalho, mas para as atividades do dia-a-dia, necessitando do auxílio de outras pessoas:

Será que eu vou ter um problema mais sério, sei lá, ficar aleijada ou coisa que a gente não sabe. [...] Eu tenho muito medo. Então, eu digo: Mas como é que eu vou fazer as coisa, quem é que vai fazer pra mim? Que depender dos outros é ruim. Não dev...não gosto de depender dos outros. [...] Aí [a mãe] se preocupa muito, muito, assim, daí eu ligo pra ela, ela me liga. Eu digo: mãe não se preocupa, eu tô bem. Pra ela, não deixar ela preocupada, né.(Márcia)

Tô pensando, né? Que se eu fizer essa cirurgia, eu já... sei que eu não volto mais trabalhar. [...] Ela [esposa] fez...[cirurgia] O mesmo problema. E ela nunca mais conseguiu trabalhar! Fazer mais nada! [...] Ela tá no INSS até hoje. [...] Aí eu sei, eu sei que pro-pro-provavelmente o INSS vai aposentar por invalidez. [...] Mas esse lado de cirurgia, aí, aposentado, eu não vou fazer! [...] Aí não opero. Porque pode dar algum problema, e eu ficar com... com o braço inutilizado. [...] É, assim eu vou podendo fazer, eu posso sempre... ir fazendo uma coisinha! (João Carlos)

O convívio com casos de LER/DORT de outros trabalhadores suscita medo e dúvidas quanto aos tratamentos propostos. João Carlos, cuja esposa apresentou o mesmo tipo de problema com seqüelas irreversíveis, relata o medo de ser submetido a uma cirurgia e passar pela mesma situação. Ele refere que devido a isto não pretende realizar a cirurgia se esta lhe for indicada. Aponta, ainda, como referência, casos de colegas de trabalho que passaram por situação semelhante, e foram aposentados por invalidez. Destaca-se, em seu depoimento, o

fato que, diante de um risco tão grave, há justificativa para parar de trabalhar, “descansar”, proceder à investigação e tratamento, a fim de evitar a agravação do quadro clínico:

[...] porque não adianta ficar lá, uma hora te rebenta os tendão, tu vai ficar aleijado pro resto da vida, então, tá certo tu parar, descansar, e vê isso aí. [...] Ver o que é, o problema, não deixar... piorando. [...] Se aposentar, sem poder fazer nada [...].Se rebenta o tendão, tem que fazer uma *emenda*, aí *nunca mais*, nunca mais, pode... dar uma forçadinha, né. [...] pessoa se sente inútil, né... [...] Colegas que tavam com nós ali, se aposentaram [por invalidez].  
(João Carlos)

Para Márcia, o que mais a preocupa é a possibilidade de ser demitida, não obter outro emprego e ser obrigada a voltar para o interior e não ganhar o suficiente para sobreviver. Além disso, a percepção da gravidade da doença e da possibilidade de piora do quadro, são fatores geradores de angústia e tensão:

O que eu tenho medo assim, é de quando eles mandar pra rua, né. Porque tu tem um ano de estabilidade.[...] mas agora, depois de um ano, [...] eu tenho medo deles mandarem ir pra rua, depois eu não conseguir outro serviço, né? Porque eu... Sobrevivo daquilo ali. [...] ter que voltar lá pra fora [no interior] de novo, lá, e não tem nada pra fazer. [...] como é que eu vou ficar lá sem ter condições? Então, assim, espero que continue, não tenha que ir pro seguro de novo, porque eu sei que de repente posso ir ainda, eu não sei né, daqui pra frente, trabalhando, aumentando os dias, pode cada vez... piorar mais.(Márcia)

No entanto, Márcia reafirma seu empenho em evitar um novo afastamento do trabalho, por medo de ter alta e ficar “no vai-e-vem”, entre empresa e SAT. Percebe-se neste tipo de situação, que o trabalhador se vê sem saída, forçado a continuar trabalhando, mesmo sabendo que essa atitude provoca o agravamento da síndrome:

[...] Pra mim recorrer, eu tenho que fazer os exames tudo de novo, tendo novamente os exames comprovando que eu não posso trabalhar! Só que eu não fiz os exames ainda. E eu não posso fazer nada. Se eu volto pro INSS são capaz de me dar um mês, e me dar alta de novo. Aí fica... A firma manda pra lá, eles mandam de volta, é assim.[...] Não, agora vou continuar até achar que eu consigo.Tem dias que é ruim! Tem dias que tu sente mais dores, aí complica, vai complicar mais ainda. (Márcia)

### Perspectivas/sentimento de impotência

O sentimento de impotência relacionado à impossibilidade de se transformar o contexto de trabalho que contribui para o adoecimento é comum entre os lesionados. João Carlos se mostra convicto de que é da “natureza do trabalho” causar doenças e que não há solução definitiva, apenas paliativa para este problema:

Pra evitar a natureza de trabalho com acidente, a... a solução que existe, é que não existe solução.[...] Não tem solução. [Silêncio] Ela pode melhorar, diminuir, amenizar um pouco, com a tecnologia, máquinas...[...] uma pessoa tomar cuidado... hã, acho que não existe, porque se a pessoa tomar cuidado, não vai trabalhar! [...] a gente...começa numa empresa, com 17-18 ano, pega numa empresa, a gente... com certeza, daqui a [um tempo]...vai ter! [...] Esse problema, acho que é um problema mundial, acho, já é da própria natureza, né? [...] o ser humano de carne e osso tá trabalhando, né, por menos esforço que [a pessoa] faça, ela tá em movimento... Entendeu? [...] Sujeito a pegar qualquer... doença do trabalho, né? [...] *Trabalhando* vem esse tipo de problema, que... tendinite... *acidente*, né. Pessoa sempre tem que tar... se cuidando, e... esperando que uma hora... vai acontecer! [...] Então esse problema do desemprego é uma coisa que eu acho que nunca vai acabar e problema de doença... do trabalho, também é uma coisa que *nunca* vai acabar! Nunca! [...] Pode... amenizar um pouco, mas terminar, não... isso aí, nunca! É o que eu penso, né. (João Carlos)

Eu não sei...o quê que poderia mudar? [...] Tirar a gente das máquina e botar só em outro serviço que não fosse em máquina, mas que na verdade não tem como evitar. [Silêncio] A gente *tenta* ir devagar, mas não adianta porque não muda [...]. Que na máquina tu não pára, mesmo. [...] E não adianta, né, tu tem que ir direto. Não pode parar. [...] Tem que fazer. (Márcia)

As possibilidades de ação dos trabalhadores são bastante restritas. João Carlos, por exemplo, refere que, apesar de apresentar recorrência dos sintomas, vai tentar continuar trabalhando, pois em breve estará aposentado:

Tô sentindo aquela fraqueza de novo, já faz quatro meses que eu voltei, né. [...] Mas como eu tô perto de me aposentar...[...] mais vale a pena eu agüentar mais um pouquinho, né... [...] É só reunir os papel que falta reunir e...dá um jeito de marcar, né? (João Carlos)

As perspectivas para JD se resumem a tentar o re-encaminhamento para o Seguro, para conseguir fazer o tratamento afastado do trabalho, enquanto aguarda completar o tempo para a aposentadoria:

[...] Não gosto, não quero nem aprender outra profissão, porque agora, já não dá mais mesmo. [...] Só que agora que no caso, eu tô estragado. [...] Se... se eu me aposento, eu não ia tar... me incomodando mais, porque aí o tratamento, se eu ia fazer o tratamento, ia fazer pelo INSS [...] A única, a única maneira de eu não sentir esse braço, é ficar parado, não fazendo nada! E eu tô sofrendo desse braço, porque eu tô trabalhando! [...] Aí, quando eu fiz o exame - lá, no dia que eu fiz, na segunda-feira, eu cheguei e falei pro patrão: olha, eu acho que eu vou ter que entrar pro INPS. (JD)

### Projetos

Ao se questionar os entrevistados a respeito de planos para o futuro, percebe-se a vontade de continuar exercendo atividades que não exijam esforço/repetitividade, de ser capaz de se manter em atividade, mas que não seja patogênica:

Ah! Ter tem, se eu vou conseguir realizar, não sei! [Ri] É assim, uma, uma...dessas camionetes, [...] fazer transporte de faculdade.[...] Ou então até pro meu guri [filho], mesmo, mas...[...] A questão de pensar em botar uma coisa assim - dá vontade de andar na rua sempre! Dirigindo [Ri] [...] Uma que não força as mãos, muito, né? Uma coisa que não vão haver uso diariamente, o dia inteiro, esse movimento - pra lá, pra cá, pra lá.[...] Gosto [de dirigir]. Até puxar o freio de mão, dói a mão...[sorri] Mas...ficar parada, parada não dá, não é? [...] Se desse, se eu fosse uma abonada [...]. Claro que ficaria - não ficaria em casa, ia viver viajando! Ia viver na estrada! [...] Não ia ficar parada nunca, porque eu estaria sempre em movimento, né, mas um movimento... (Claudia)

Apesar de não gostar muito de estudar, Márcia se propõe a concluir o segundo grau com o objetivo de conseguir um emprego melhor:

Ah, de um dia eu sair da firma e conseguir um outro serviço, né, continuar trabalhando. [...] Só achar um outro serviço que seja melhor, assim [...]. Nem que fosse numa loja, numa coisa assim, que eu... não tivesse esforço, assim como numa fábrica. [...] E estudar pra isso, pra conseguir uma coisa melhor. Não gosto muito [de estudar] [sorri], mas sou obrigada, né? [...] e vou continuar até terminar o segundo [grau], né, que é o que a firma exige. [...]

Não, agora o ano que vem, se eu continuar, eu entro com eles [colegas de trabalho] novamente. (Márcia)

João Carlos planeja, com a esposa, comprar uma chácara, depois de se aposentar, para ter um local onde possa desenvolver atividades variadas, para escapar da monotonia/repetitividade:

[Vou] ficar trabalhando, não posso sair. Inclusive a firma nem pode mandar embora, né, só quando vir a resposta [da aposentadoria], né.[...] botar uma lojinha...Isso aí até hoje eu tenho isso aí na cabeça, quando me aposentar, parar.[...] Barbaridade... Eu penso assim, ó: comprar umas terra aí pra fora, ir pra fora. [...] e a gente chegar fim-de-semana ou dia de semana, mesmo, a gente tá... tiver se sentindo meio ruim em casa, né, não tem aquela energia de fazer nada, pegar a mulher e ir lá... pra fora [...] Plantar, fazer uma coisa ou outra...Tem o quê fazer. [...] a nossa promessa é: quando sair da firma, nós comprar uma chacinha, um sitiozinho... (João Carlos)

Para JD a situação é mais complexa. Não tendo, ainda, tempo suficiente para a aposentadoria e sem ter escolarização de 2º grau, é difícil encontrar uma atividade diferente da que tem exercido ao longo de sua vida profissional. Como o tipo de trabalho que sabe fazer é repetitivo e exige esforço, pensa em se aposentar para continuar trabalhando na mesma área, mas com atividades diversificadas, e que não exijam tanto esforço, mesmo que ganhe menos:

Eu vou fazer o quê? O quê que eu posso fazer? Nada! [...] Eu não posso, como eu digo pra eles [pros amigos]- eu não posso me aposentar, então tem que trabalhar! [...] Mas aí que faltava o estudo! Seria pegar de guarda, num negócio assim que não fosse forcejar! [...] Cheguei a pensar. É, mas aí pra tudo tem que fazer curso! Então poderia [ser zelador de prédio], era uma das profissão que... O cara que tá com esse problema pode fazer. Mas o resto, do que eu sei fazer, nada posso fazer. [...] Porque melhorava o salário, né? Porque é coisa boa, quando a gente tá ganhando bem! Era o meu so...plano, de me aposentar pra ir e seguir trabalhar. [...] Primeiro eu vou tentar ver se aliviava o meu braço, melhorar um pouquinho, vou tentar trabalhar! Vou tentar trabalhar! [...] Eu vou ver se eu trabalho na mesma lida.[...] Nem que eu diminua um pouquinho o salário pra fazer diferente! Sabe, as funções diferente. [...] Tentar, ver se faço outros tipo de serviço, né, não forcejar.[...] Não quero ficar parado! Parado, só [...], então, eu entrar no seguro, [...] pra poder fazer fisioterapia. (JD)



Aguardar aposentadoria ou exercer atividades não repetitivas são as expectativas dos portadores de LER/DORT.

Das situações relatadas se identificam fatores que dificultam ou facilitam o retorno ao trabalho. A troca de função, a realização de tarefas menos repetitivas com ritmo mais lento e maquinário mais adequado são facilitadores no retorno sem a amplificação do quadro de LER/DORT. O apoio de colegas e o reconhecimento pela chefia dos limites do trabalhador são também relevantes.

Reconhece-se alguns fatores que foram determinantes para a agravação dos quadros de LER/DORT quando do retorno ao trabalho: a alta prematura, a volta para a mesma função ou para outras também com movimentos repetitivos, a falta de apoio dos colegas e da supervisão e a dificuldade de se manter nos limites suportáveis quanto ao ritmo das atividades. A ocorrência de acidentes de trabalho também pode se dar em função dos próprios sintomas das LER/DORT.

Os sentimentos experimentados pelos trabalhadores que retornam são de impotência frente aos fatores patogênicos e de medo de serem demitidos ou de reviverem os infortúnios de quando estavam afastados do trabalho (não pagamento do benefício, rotina constante de visitas a médicos, realização de exames e de perícia). Como consequência, resistem a se afastar novamente do trabalho, agravando ainda mais os seus quadros clínicos.

Entre os projetos futuros, é constante o desejo de não mais executar atividades repetitivas, possibilidade vislumbrada como associada à aposentadoria.

#### **4. Significados do trabalho**

Ah, assim: [o trabalho] representa *tudo*, né? Bom pra cabeça, pra saúde, pra se manter...Pra tudo, né? (João Carlos)

Nos depoimentos a respeito do que representa o trabalho na vida dos entrevistados, constata-se a importância que lhe é conferida e à posição central que ocupa em suas vidas. Por exemplo, João Carlos aponta o trabalho como tendo um efeito totalizante (bom “pra tudo”), principalmente como promotor de saúde mental (“bom pra cabeça”) e física (esses dois em contraposição a “estar parado”) e como recurso para a sobrevivência.

### Sobrevivência/necessidade

O trabalho como meio para a sobrevivência ou satisfação das necessidades básicas (que Arendt denomina labor), aparece em todos os depoimentos. É reconhecido como forma de se manter de maneira ‘digna’ (atributo moral), não depender de outros e de alcançar melhores condições de vida:

Significado, porque eu acho que a gente depende do trabalho, né? [...] Sei lá, eu digo: Isso aqui é *bom*, porque é um trabalho, tá dependendo dali...[...] Prá viver, prá...Tu sem tá trabalhando... Tu paga aluguel, eu dependo daqui do serviço. Se eu não tô trabalhando, não tem ninguém pra me ajudar, não tem ninguém pra pagar as minhas coisa, então...Pra mim o trabalho é importante. (Márcia)

Tudo, né, porque se... sem trabalho, como é que eu vou viver? Se eu tô trabalhando, é porque eu necessito trabalhar. (JD)

Reproduzindo o lugar que o trabalho ocupa na sociedade de consumo, é percebido como o meio de acesso ao qual JD se refere como “ganância de ter as coisas”, uma das justificativas para continuar trabalhando após a aposentadoria:

[...] Seria aquele prazer do cara, é, pra aumentar o dinheiro, né, pr’as condições financeiras melhorar, pra que a gente tivesse o prazer de ter as coisas dentro de casa, né? [...] precisa duma geladeira boa, vai lá e compra; precisa qualquer uma coisa- um móvel- pra renovar a...dentro de casa, as coisa vai lá e compra. Tendo o dinheiro. Agora, trabalhar com o meu salário que eu ganho, só o meu salário, aí já não dava muita coisa, tem que...moderar.(JD)

Outros significados vão sendo explicitados, ao longo dos depoimentos:

Muita coisa, muita coisa.[...] Os dez anos, os dez melhores anos da minha vida [...] foram adquiridos ali dentro. Então, eu dava de tudo de mim.[...] Financeiramente, tudo. [...] Eu passava em frente à empresa, [...] bah! Monte de mulher saindo do trabalho...aquilo me doía por dentro [o marido não deixá-la trabalhar]. Ele faleceu em setembro de 89, em fevereiro de 90 eu ingressei na empresa [...]. [Com] um ano e meio de empresa [...] eu passei pra operadora das máquinas, porque eu me apaixonei pelo movimento, pelo mecanismo com que ela trabalha, sabe, pra quem gosta da função, [...] é lindo ver uma máquina dessas trabalhando. A exatidão, ela é exata, sabe, tempo certo de baixar, trocar as bobina...[Quando ainda não trabalhava como

operadora] dizia que ia namorar, trabalhar com as máquina. [...] Tem que gostar do que se faz [...]. Tudo que faz com gosto, tu casa com o que tu estás fazendo, sabe bem, na tua profissão é melhor, tu produz mais. Mas se tu estás fazendo uma coisa contra, o que é a ...contra a tua vontade... (Cláudia)

O depoimento de Cláudia revela a positividade conferida ao ato de trabalhar e a satisfação daí advinda. O empenho e dedicação que Cláudia demonstra pelo trabalho estão relacionados ao seu desejo de estudar ou trabalhar, ter uma atividade. O gosto pelo movimento e pelo trabalho a que se refere, expressa-se também no fascínio pelo movimento exato e perfeito das máquinas, com as quais “namorou” durante quase dois anos, até passar a operadora de máquinas CNC. O que chama a atenção, é que o que motiva o encantamento pelas máquinas, é justamente o movimento em si, que será, mais tarde, o ‘motor’ na decisão de não retornar mais à empresa quando tiver alta do SAT. Essa decisão, além dos motivos relacionados à família e ao supervisor, baseia-se na tentativa de preservar o movimento, poder fazer “as coisas dentro de casa”, poder se movimentar em outro tipo de trabalho, enfim, estar em movimento. Para Cláudia, trabalho é movimento, vida é movimento e, se este trabalho não lhe permite mais movimentar-se, a solução é buscar o movimento de outra forma, dentro de suas capacidades e limites.

### **Distração/Ocupação**

Para alguns entrevistados, o trabalho aparece como uma forma de ocupar mente e corpo. Por exemplo, para não se pensar nas necessidades (de subsistência) pelas quais se está passando, ou nos problemas que se tem, ou mesmo na família, quando esta mora distante. Esse ‘ocupar-se’ ajuda a preservar a saúde mental:

E tando parado, no caso, pensando [na necessidade], é pior ainda. Onde piora a saúde da gente.[...] E às vez entertido no trabalho, a gente já não fica pensando nisso aí. A gente sabe que precisa, mas não...não bota aquilo na cabeça. [...] Tem outra coisa pra se preocupar que seria o trabalho. Claro, tá trabalhando, né? [...] É... A saúde da gente já melhora. (JD)

Ah, eu, eu acho que é importante, tu se distrai, tu não fica se preocupando com os problemas que tu tem, com outros, assim, até mesmo com a minha família que mora longe. A gente esquece um pouco dos problemas. Tu se distrai com aquele serviço ali. (Márcia)

João Carlos se refere a outra forma de distração no trabalho: a do contato com os colegas que são amigos há vários anos, as ‘novidades’ da empresa, dos colegas, informações que são trocadas com a esposa que está em casa, enfim, um dinamismo decorrente do convívio humano no trabalho que se contrapõe à monotonia do “ficar em casa sem poder fazer nada” numa rotina tanto ou mais desgastante (em termos psíquicos) que a do trabalho:

Trabalhando, não, distrai, né? Tem... novidades pra contar! [...] Tudo que acontece na firma, né, a gente conversa...[...] O que acontece no dia-a-dia lá dentro, lá com a gente, com os colegas. [...] Anos e anos, que a gente tá lá junto, né? Aí... Mandam um, demite um, demite outro, bota...Tudo isso aí a gente chega em casa e conta, né? E chega em casa, a mulher, ah, o vizinho, ou ligaram, isso, também vem. E a gente passando o dia junto [em casa, sem trabalhar], muito tempo...Aí pelo menos essa rotina, assim, é insuportável. (João Carlos)

### **Amizades/ Participação coletiva**

O tempo reservado ao ato de trabalhar é percebido como oportunizador do convívio social que pode ultrapassar os limites da fábrica:

Tem, uma associação esportiva [na empresa], né.[...] É, associação desportiva é pra todo mundo, né? É todo tipo de jogo, fazem festas... (João Carlos)

Pra jogar bola também, eu jogava, [...]. Bah! Quantas partida de futebol de salão eu joguei aqui [no Sindicato]! Eu [quando] tava nessa empresa aí [empresa C], eu tinha um time de futebol de salão.[...] A firma era tão grande que tinha sete [times]...[...] Eu sempre fui...sou sócio do Sindicato há muitos anos. Mas quando eu tava nessa [empresa] que foi quando eu comecei aqui. Essa aqui eu...eu era morto e vivo aqui no Sindicato! Eu pegava microfone, eu falava, eu...Bah!... (JD)

Esse [amigo] mora lá perto da minha casa [...], a gente sempre se visita e... E aqui [Empresa D] eu vim por intermédio de um [amigo], também, cheguei ali pra pegar serviço e tinha um colega meu. Aí esse colega já apareceu, também. Ele que me arrumou o serviço. Então quase sempre é assim: quando um encontra o outro, e tá numa empresa, já arruma vaga pro outro.

[...] Eu mesmo, quantos colegas meus já informei pros patrão, né, pra [empregar]. (JD)

### **Ética do trabalho**

Sou muito assim...de entrar pra dentro da empresa e fazer o meu serviço, sabe? Então, máquinas [...] não podem ficar paradas. Então eu não ia parar, deixar minhas máquinas paradas pra ir fazer isso aí [ginástica laboral]. [...] jamais fiz “corpo mole” pra trabalhar. Eu sempre, eu suei a camiseta [...] tem vez, tem dias que eu não vou ao banheiro, [...] pras máquinas não pararem... Não vou de manhã, nem de tarde. Porque eu suo a camiseta [...] É difícil eu me afastar daqui. Não... não vou pra uma outra célula pra fazer grupo pra ficar de conversa com um ou com outro.[...] (Claudia)

Os trabalhadores justificam seu modo de trabalhar com base numa moralidade, num código de regras e normas que determina como é ser um bom trabalhador. Valorizam um conjunto de qualidades como a obediência, o esforço, o dar tudo de si pela empresa (“vestir a camiseta”), em contraposição ao “mau” trabalhador: preguiçoso, “vadio”, problemático, que faz “corpo mole”, entre outros. O afastamento do trabalho por motivo de doença e suas conseqüências, são vivenciados como vergonha e desvalorização, mesmo perante a família:

Coisa que eu nunca esperava, que eu fosse pro Seguro, também, depois de dez anos.[...] Eu nunca imaginava que ia chegar a esse ponto, também. (Márcia)

Ela [esposa] fica apavorada, porque...[...] eu sou outro que sempre peguei firme no serviço, e agora, tenho que tá de vez em quando, botando um atestado! De vez em quando ir no médico! Então, fica ruim pra ela. (JD)

Nos depoimentos se constata também a introjeção das normas e disciplina fabris enquanto balizadoras da conduta moral:

Pra mim nunca precisou cobrar! [...] Porque eu nunca deixei! [...] Era tudo rápido, entende, porque tinha...porque sempre fui um cara de compromisso, então, tanto eu como os meus colega, né? [...] Então...e até hoje, eu sei do meu compromisso, não precisa ninguém tá me cuidando. Só basta me dizer o quê eu tenho que fazer. Né. E eu vou lá e faço tudo que tem que fazer.[...] Essa aí (Empresa D) que eu fui pro Seguro, [...] quanto serviço que era pra dois cara, e eu...Fazia porque não tinha outro...Eles diziam que o funcionário tinha que fazer outro serviço, e coisa... Então, ficava solito, pra não tar

pedindo ninguém...Que eu sempre fui assim, ó, eu não sou de tar incomodando o patrão... (JD)

Neste depoimento, constata-se o orgulho em ser uma pessoa “de compromisso”; não incomodar o patrão, lhe assegura o direito de não ser incomodado, de não ter alguém “cuidando” o que faz. Lima (1998a) aponta que entre os trabalhadores, o aumento no ritmo de produção (auto-aceleração), pode ser uma forma de evitar o controle excessivo da chefia, mas “pode também estar relacionada com a busca de reconhecimento” (p.214).

Constata-se a preocupação com o julgamento moral dos colegas e supervisores, o que revela o quanto está presente no imaginário social, a valorização positiva ao cumprimento das normas e disciplinas das organizações:

A gente fica desdexado, parece que a gente vai perder o conceito com a empresa, né.[...] É uma coisa engraçada, assim, a gente sente parece que a gente tá perdendo o.. a confiança dos colega, da empresa do supervisor, né. (João Carlos)

### **Trabalho/Saúde/Doença**

A impossibilidade de trabalhar é percebida como geradora de sofrimento psíquico e, a partir desta perspectiva, a volta ao trabalho representa melhora em termos psíquicos, mas a recorrência dos sintomas de LER/DORT. O depoimento de Márcia ilustra bem esse paradoxo (trabalho que promove saúde e doença a um só tempo):

Humm, o trabalho é importante pra gente. Só... é muito bom quando a gente não tá sentindo dor. Tu trabalha assim... bem, assim, tu não tá com dor, tu trabalha com vontade; agora, tu tá com dor, assim, tem horas, assim, que dá vontade de largar tudo e ir embora, quando começa a sentir dor! Mas...como tu não pode fazer isso... [...] Desde que tu não tenha os problemas que eu já tive e que tô tendo, né? Mas é bom trabalhar, eu gosto de trabalhar. Mesmo com dor agora, que eu voltei, eu tô gostando de trabalhar. Só que daí eu começo a assistir tudo de novo e aí começa a me dar uma coisa... (Márcia)

A expressão “assistir tudo de novo” denota (como apontado anteriormente) o sentimento de impotência diante do contexto de trabalho, como se os trabalhadores lesionados fossem meros espectadores de suas trajetórias.

Aos poucos melhora.[...] Tu sai daquele teu dia-a-da de dentro de casa, aquela coisa contínua, todos os dias a mesma coisa...Tu tens uma, uma... [...] motivação pra voltar.Vai dar um sentido diferente pro teu dia-a-dia.(Claudia)

Pode-se perceber o significado que o trabalho tem para os entrevistados, também a partir do seu afastamento do trabalho, ou seja, da falta que o trabalho faz, quando da incapacitação para realizá-lo. Ao longo dos depoimentos, foram apontados vários aspectos relacionados a essa questão e suas conseqüências: a perda da rotina, o sentimento de inutilidade por não ter “o que fazer”, irritabilidade, problemas interpessoais e sintomas depressivos. João Carlos e JD apontaram, ainda, outras conseqüências de se estar sem uma ocupação, como o alcoolismo, tabagismo e aumento de peso.

Assim, a volta ao trabalho aponta-o como promotor de saúde mental:

Ah, parece que abriu, né? Que clareou tudo, né? A cabeça parece que começou a se abrir. Sabe, começou a assim... outras fontes, né, pro dia-a-dia da gente! Acontecer outras coisas, com outros colegas, próprio serviço, né? Começou a clarear a cabeça da gente, começou a clarear... aquela pressão que a gente começa a sentir... de não fazer nada... Ô, começou a fazer aquilo, começou a sair [a pressão], foi saindo, melhorando. Aí a gente até se alegra, né, mais, né? (João Carlos)

Mas é importante ressaltar que mesmo que os entrevistados se sintam melhor por estarem trabalhando novamente, não houve involução ou alívio do quadro de LER/DORT:

Não.[...] A mesma coisa. Sinto a mesma coisa [...]. Não... não muda nada, nada. É a mesma coisa. (João Carlos)

Constata-se nos depoimentos a reprodução da valoração positiva conferida ao ato de trabalhar presente no imaginário social. São atribuídas ao trabalho as funções de sobrevivência, inserção social, valorização moral e promoção da saúde mental. A ausência de trabalho é associada a problemas mentais/sofrimento psíquico e a comportamentos contrários à promoção da saúde, como o tabagismo, alcoolismo e obesidade. Mas o trabalho também é percebido como causador de LER/DORT e de sofrimento mental. Apesar disso, devido à positividade conferida ao trabalho, constata-se que é preferível manter-se trabalhando do que enfrentar os problemas/discriminação advindos da ausência de trabalho.

## 5. A dimensão da ação humana: uma leitura sob a perspectiva de Hannah Arendt

As proposições de Arendt (1994; 1995; 2001; 2004) auxiliam a compreensão das trajetórias profissionais de cada um dos depoentes e ao mesmo tempo justificam as regularidades e singularidades presentes nestas trajetórias. Conforme a autora (1995, p.188),

a pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto de igualdade e diferença. [...] a pluralidade humana é a paradoxal pluralidade de seres singulares. [...] na ação e no discurso os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais e singulares, e assim, apresentam-se ao mundo humano (p.192).

Verifica-se regularidades tanto no contexto de trabalho a que os trabalhadores estão expostos (e que leva ao adoecimento) quanto no retorno e exposição ao mesmo contexto, causando agravação e ampliação dos quadros de LER/DORT, confirmando dados apontados pela literatura. Os trabalhadores informam sobre a impossibilidade de controlarem seu ritmo de trabalho porque este é determinado pelas máquinas ou pela supervisão. Tal ocorrência revela como os processos de trabalho vêm sendo executados à maneira do que Arendt (1995) classificou como labor, reproduzindo a repetitividade do ciclo vital. Esta ‘absorção’ da fabricação ao labor é explicada pela utilização da multiplicação (característica da fabricação), para fins de subsistência; ocorre que:

[...] no uso das máquinas já não é o movimento do corpo que determina o movimento do utensílio, mas sim o movimento da máquina que impõe os movimentos ao corpo, [...] semelhante[s] ao ritmo do processo do labor que, por sua vez, corresponde ao ritmo repetitivo do processo vital, igualmente automático, e do metabolismo da vida com a natureza. (ARENDR, 1995, p.159).

repetitivo do processo vital, igualmente automático, e do metabolismo da vida com a natureza. (ARENDR, 1995, p.159).

É recorrente a impossibilidade do trabalhador lesionado adaptar as tarefas às suas limitações, gerando sentimentos de impotência e desesperança em relação à imutabilidade deste contexto; imutabilidade que remete à uniformidade do espaço fabril tanto em relação às condutas como à organização do trabalho. Arendt (1995) relaciona a massificação da sociedade do labor e do consumo (em que se observa a uniformidade, mas não a igualdade) à “[...] experiência somática de labutar em conjunto, na qual o ritmo biológico une de tal forma o grupo de operários, que cada um passa a sentir-se como simples membro do grupo e não



mais como indivíduo” (ARENDDT,1995,p.225). Enquanto o trabalhador se sente um ‘mero componente do grupo’, não exerce sua capacidade de reflexão e ação enquanto indivíduo, no espaço público. O labor ‘inibe’ a ação porque restringe o fazer à sobrevivência, assim como a fabricação o restringe à multiplicação, à produção com vistas ao consumo. Onde o labor prevalece, restringe-se o exercício da ação e somente a ação é capaz de criar o novo e transpor a simples sujeição às regras propostas.

Na história do reconhecimento das LER/DORT como doença de origem ocupacional no Brasil, reconhece-se o papel que um profissional da área de processamento de dados ocupou ao iniciar todo um processo de mobilização coletiva; ainda, toda a história de conquistas de direitos quanto à saúde no trabalho se deve à ação coletiva dos trabalhadores.

As novas formas de gestão, ora implantadas nos espaços de trabalho, estimulam a competitividade e o individualismo, que se expressam no isolamento dos trabalhadores, concentrados em executar suas tarefas. Esse isolamento é típico da fabricação e conforme Arendt (1995, p.201), “[...] ao contrário da fabricação, a ação jamais é possível no isolamento. Estar isolado é estar privado da capacidade de agir” No entanto, “[...] o homem nunca é exclusivamente *Homo faber*, e [...] mesmo o fabricante permanece ao mesmo tempo um ser que age, que inicia processos” [...] (ARENDDT, 2001, p.91).

A ação tem um caráter eminentemente público e um fim imprevisível e incerto. Todos os homens têm a capacidade de pensar e agir, de criar o novo *entre* os homens:

O que faz do homem um ser político é sua capacidade para a ação; ela o capacita a reunir-se a seus pares, agir em concerto e almejar objetivos e empreendimentos que jamais passariam por sua mente [...] se a ele não tivesse sido concedido esse dom- o de aventurar-se em algo novo.[...] Posto que todos adentramos o mundo em virtude do nascimento, como recém-chegados e iniciadores, somos aptos a iniciar algo novo [...] (ARENDDT, 1994, p.59).

Percebe-se entre os entrevistados a limitação da capacidade de ação, expressa pela impotência e passividade em várias situações (diante do contexto patogênico, das perícias, entre outros). Pelo conformismo, os portadores de LER/DORT se mantêm dentro das regras postas do viver em sociedade.

Todo homem nasce em uma comunidade dotada de leis preexistentes às quais ‘obedece’[...]. A questão no que concerne a estas regras não é que eu me submeto a elas voluntariamente, ou que reconheço teoricamente a sua validade, mas a de que, na prática, não posso entrar no jogo a não ser que as

obedeça; meu motivo para aceitá-las é meu desejo de jogar [...]e meu desejo de jogar é idêntico ao meu desejo de viver. (ARENDR, 1994, p.74-5).

Na trajetória de Márcia, percebe-se a adesão ao processo de escolarização como forma de garantir o emprego ou, caso seja demitida, conseguir um emprego melhor. Essa adesão torna-se necessária, dentro do contexto das novas gestões, em que mesmo os que ‘se enquadram’ nas normas da empresa, correm o risco de serem demitidos. Para JD, essa situação se reflete no fato de tentar se manter trabalhando, até conseguir o afastamento para se tratar, pois na sua idade, se fosse demitido, dificilmente conseguiria se empregar novamente. João Carlos está em situação semelhante, porém, como já encaminhou a aposentadoria, tem a garantia de estabilidade. Arendt refere que “somente quando o quero e o posso coincidem a liberdade se consuma” (ARENDR, 2001, p.208).

O conformismo às regras e disciplinas é reforçado por todo um conjunto de preceitos morais que associam a ausência de trabalho, a rebeldia e o inconformismo a atributos de valorização negativa. A valorização positiva atribuída à obediência corrobora a submissão a contextos adversos e patogênicos.

‘Vestir a camiseta’ é uma boa metáfora para a adesão às regras, adesão que é incorporada à rotina, introjetada pelo trabalhador e inibe a iniciativa:

Protegendo as pessoas contra os perigos da investigação, o não-pensar as ensina a se agarrarem a quaisquer regras prescritas de conduta que possam existir num dado tempo e numa dada sociedade. [...] Em outras palavras, elas se acostumam a nunca tomar decisões (ARENDR, 2004, p.245).

A possibilidade de ação que remete à inovação e à tomada de decisões, fica restrita e as estratégias empregadas são insuficientes. Idas ao banheiro, diminuição do ritmo de trabalho, ocultação da doença, podem protelar o diagnóstico e causar agravação e ampliação dos quadros de LER/DORT, favorecendo a manutenção da organização do trabalho patogênica (Por exemplo: se os trabalhadores se organizassem no sentido de exigir o cumprimento da lei que garante as pausas, não seria necessário usar do expediente de ir ao banheiro para fazê-las).

Neste contexto, o adoecimento e/ou suas conseqüências podem oportunizar uma reformulação ao romper com o ‘equilíbrio’ anterior (CANGUILHEM, 2002). Arendt (1994) aponta que os eventos são “[...] ocorrências que interrompem processos e procedimentos de rotina” (p.16), e relaciona os eventos à possibilidade de ação, pois “[...] é função de toda a ação, enquanto distinta do mero comportamento, interromper o que, de outro modo, teria acontecido automaticamente, tornando-se previsível” (p.30). Enquanto o trabalhador está

imerso na repetitividade do labor/fabricação, sujeito à ética do trabalho, não exerce sua capacidade de reflexão e ação. O momento do adoecimento pode oportunizar a reflexão e a interrupção do ciclo de repetições. O pensamento “tem um efeito liberador sobre [...] a faculdade humana do julgamento, de julgar os particulares (como Kant a descobriu) [...] a capacidade de distinguir o certo do errado, o belo do feio (ARENDRT,2004, p.256).

Contudo, o evento adoecimento por si só não garante o rompimento com o comportamento ‘conformista’. Nas trajetórias dos depoentes percebe-se raras situações em que a ação se dá no sentido de transformar as situações patogênicas. A própria organização do trabalho não oferece espaços para ações de transformação e o contexto sócio-econômico se apresenta como um reforço visto a possibilidade de desemprego.

Na trajetória de **Cláudia**, percebe-se que o ‘gosto’ pelo movimento estimula suas decisões de estudar e trabalhar, mas ao mesmo tempo é um dos fatores que influenciam na decisão de não trocar de função após o primeiro afastamento (pois “adorava as máquinas”), agravando o quadro de LER/DORT. Contudo, há uma mudança de atitude, no sentido de exigir a troca das máquinas convencionais, também para que outros colegas não adoecessem. Uma atitude que parte do indivíduo e tem um efeito sobre a coletividade (mesmo que nesse processo, enquanto as máquinas não eram substituídas, a doença tenha se agravado). Entre os entrevistados, Cláudia é a menos sujeita à necessidade (recebe pensão do marido, os filhos já são independentes) e apresenta escolarização completa. Mas, enquanto Cláudia dependia do emprego para sustentar os filhos, ela evitou o afastamento. Na decisão de não retornar à empresa, após a cirurgia do punho esquerdo, Cláudia refere a pressão da chefia, a irritabilidade daí decorrente afetando o relacionamento com os filhos e a impotência funcional para atividades do cotidiano como motivos que a levaram a tomar essa decisão. Percebe-se que a preservação do movimento tem um papel fundamental nesta decisão, pois faz planos de continuar trabalhando, de continuar em movimento, mas um movimento que não gere adoecimento, e que pode atuar como promotor de saúde mental.

**João Carlos**, por sua vez, apesar de ter uma boa compreensão a respeito do nexos causal, do contexto de trabalho, das transformações no mundo do trabalho (novas tecnologias, novas formas de gestão, desemprego, entre outras) oculta a doença até a ocorrência de dois eventos: a discussão com o supervisor (pela qual foi advertido) e o acidente de trabalho (corte no

primeiro dedo da mão direita). Antes disso, ele se utilizava de estratégias<sup>24</sup> (diminuição do ritmo de trabalho, idas ao banheiro) para evitar o afastamento do trabalho, o que atraiu a cobrança e discriminação dos colegas e supervisão. A estratégia coletiva que João Carlos relata e que implica na troca de supervisor, só é eficaz a médio/longo prazo. Enquanto isso, a doença segue seu curso rumo à cronificação e ampliação para novos segmentos do corpo. A partir dos eventos citados (discussão com supervisor/advertência e acidente de trabalho) João Carlos percebe os riscos de agravar a doença mas, mesmo assim, tenta retornar ao trabalho mais duas vezes, sem sucesso. Para João Carlos, a pressão da chefia e a discriminação e competitividade dos colegas (entre outros aspectos do contexto de trabalho) são fonte de sofrimento psíquico. Apesar de gostar de trabalhar, para ele, *este tipo* de trabalho é gerador de sofrimento. Nesse caso, os eventos, apesar de provocarem uma modificação na forma de proceder, não transformaram efetivamente sua condição, pois essa transformação depende de modificações externas, que não estão sob seu controle. A partir da troca de função e da mudança do supervisor tem conseguido manter-se no trabalho, enquanto aguarda a aposentadoria, apesar do recrudescimento dos sintomas. Baseado na possibilidade de ter algum tipo de ocupação é que João Carlos decide não se submeter à cirurgia do ombro. Tem planos de continuar exercendo atividades, mas em um sítio, com a esposa. João Carlos chama a atenção para o fato de que no sítio poderá exercer tarefas variadas, descansando quando quiser; mas que o importante é ‘ter o que fazer’. Percebe-se também a influência da valoração positiva conferida ao trabalho nos planos pós- aposentadoria e na promoção de saúde mental. Canguilhem (2002, p.91) aponta que

[...] voltar a ser normal significa retomar uma atividade interrompida, ou [...] equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que esta atividade seja [...] reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a estes detalhes. O essencial, para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou indefinidamente; o essencial é “ter escapado de boa”.

Pode-se dizer que para **Márcia**, o ‘evento’ é o primeiro afastamento do trabalho. Até então, limitava-se a cumprir as metas de produção e fazer pausas informais (idas ao banheiro) para alívio dos sintomas. A partir do afastamento, vê-se exposta ao risco de demissão, tendo

---

<sup>24</sup> Neste estudo, o termo estratégia não se refere à noção de ‘estratégia defensiva’ utilizada por Dejours (1987) e sim a seu uso no senso comum.

como agravante o fato de não possuir escolarização completa. Durante o período que está afastada, faz um esforço para continuar estudando, apesar da empresa não subsidiar os estudos para quem não está trabalhando. Márcia procura então um colégio público, onde pode retomar o “curso supletivo” de maneira gratuita (na empresa tinha que pagar parte da mensalidade). Esta atitude pode ser entendida como uma ação, na busca de um novo projeto de vida (trabalhar num “emprego melhor”). Do ponto de vista clínico, a situação de Márcia é a mais complexa: ela apresenta uma espécie de lesão que pode evoluir ao ponto de causar seqüelas irreversíveis, como a tetraplegia. Se retornar para o interior, não terá as mínimas chances de garantir sua subsistência. Esses são fatores que pesam na decisão de continuar estudando, mesmo que venha a ser demitida, apesar de ter esperança de não o ser. Novamente se percebe que apesar de ter consciência a respeito do contexto patogênico, do nexos causal, do seu prognóstico, as possibilidades de mudança são muito restritas. Justamente por isso que, no segundo retorno, pós-CRP, Márcia muda a postura em relação à colega com quem se reveza na máquina, alertando-a para os riscos de protelar o afastamento. Os projetos de Márcia incluem continuar estudando para conseguir um emprego melhor, e manter-se no trabalho “enquanto conseguir” (mesmo que saiba que isso implica piora dos sintomas).

A trajetória de **JD** apresenta alguns aspectos ‘paradoxais’. Apesar de sempre ter participado ativamente como sócio do sindicato, indo às assembleias, “pegando o microfone para falar, para ajudar os colegas”, constata-se que, por todo seu histórico profissional e familiar (longo período de desemprego- em idade avançada para o mercado de trabalho, irmão que foi demitido porque se recusava a fazer horas-extras, pressão por ser responsável pelo sustento de sua família, e a introjeção às regras e disciplina fabris, entre outros) é o que tem mais dificuldade de se adequar/reagir à situação de adoecimento. O fato de ter sofrido um infarto revela o quanto estava sujeito à obediência às normas (do INSS, da empresa). Ele tinha consciência que não conseguiria voltar ao trabalho e não fazer as coisas como as fazia antes; não suportaria ver abalada sua imagem de ‘bom trabalhador’ que “nunca precisou ser cobrado”. Essa situação, como se observou em seu depoimento, gerou intenso sofrimento psíquico que, aliado aos agravos físicos relacionados ao afastamento do trabalho (tabagismo, obesidade) e à história prévia de hipertensão arterial, resultaram no infarto. Apesar de JD esboçar algumas tentativas de agir na busca de recurso para retorno ao SAT, verifica-se que ele tem enorme dificuldade de impor limites às exigências de produção, mantendo uma atitude ‘ambígua’: às vezes consegue, às vezes, não. Ele confessa que “não dá bola pro braço”

e que está “se cuidando mais é por causa do infarto”. Reproduz, assim, a justificativa presente no imaginário social de ‘permitir’ o adoecimento por outros tipos de doença que não as de origem ocupacional (afastar-se por causa do infarto é compreensível, mas não por uma doença invisível e que impede até de fazer as tarefas do cotidiano). Daí compreende-se a limitação em termos de projetos futuros: como não tem escolarização, nem qualificação para outras atividades, pretende tentar o afastamento para se tratar e poder continuar trabalhando no mesmo ramo, mesmo depois da aposentadoria, não pela sobrevivência, mas para melhorar seus rendimentos.

## CONCLUSÕES

Com base nos dados apresentados neste estudo e a análise que se procedeu, pode-se retirar algumas conclusões a respeito do retorno ao trabalho de trabalhadores com LER/DORT. As dificuldades que enfrentam incluem: alta precoce do SAT, exposição ao mesmo contexto patogênico de trabalho, ausência de um programa de retorno ao trabalho, dificuldades na relação com a supervisão/pares, dificuldades em impôr limites às exigências da produção, sentimentos de angústia, tensão, revolta e impotência e conseqüente agravação e ampliação do quadro de LER/DORT.

Entre esses trabalhadores, o trabalho é percebido como meio de sobrevivência, de inserção social e de valorização moral. Reconhecem, também, o trabalho como causa de adoecimento físico e de sofrimento psíquico. Embora atribuam origem ocupacional às LER/DORT, ainda assim visualizam o trabalho como recurso terapêutico para a saúde mental devido à valoração positiva atribuída ao ato de trabalhar (reforça auto-estima, o sentimento de utilidade e de inserção social).

Em síntese, constatou-se regularidades nos fatores relacionados ao trabalho e ao retorno ao trabalho na origem e agravação dos quadros de LER/DORT apresentados pelos trabalhadores. Cada um desses trabalhadores estabelece uma relação com o trabalho, associada à sua trajetória de vida e ao seu contexto sócio-econômico-cultural, os quais conferem especificidades a esta relação, especificidade esta que se expressa na maneira de adoecer, de trabalhar e de projetar o futuro.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**.6ed. São Paulo: Boitempo Editorial,2002.

\_\_\_\_\_. O mundo precarizado do trabalho e seus significados.**Cadernos de psicologia social do trabalho**.v.2,n.1,p.55-59,1999.

ARENDT,H.**Sobre a violência**.Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1994.

\_\_\_\_\_.**A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária,1995.

\_\_\_\_\_.**Entre o passado e o futuro**.5ed.São Paulo: Perspectiva, 2001.

\_\_\_\_\_.Algumas questões de filosofia moral.In:**Responsabilidade e julgamento**. Edição Jerome Kohn.São Paulo: Companhia das Letras, 2004,p.112-212.

\_\_\_\_\_.Pensamento e considerações morais.In:**Responsabilidade e julgamento**. Edição Jerome Kohn.São Paulo: Companhia das Letras, 2004,p.226-257.

ASSUNÇÃO,A. ; ALMEIDA,I.M Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: membro superior e pescoço. In: MENDES,R(org).**Patologia do Trabalho**.São Paulo: Atheneu,2003,p.1501-1539.

ASSUNÇÃO,A.**Esclarecendo controvérsias. Seminário Estadual sobre LER/DORT**. Porto Alegre, 26 e 27 de setembro de 2004. Disponível no site: <http://www.medicina.ufmg.br/saudepublica>. Acesso em 08/10/2004.

\_\_\_\_\_; ROCHA,L.E. Agora...até namorar fica difícil: uma história de Lesões por Esforços Repetitivos. In: BUSCHINELLI,J.T.;ROCHA,L.;RIGOTTO,R.(org) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes,1993,p.461-493.

BARDIN,L.**Análise de conteúdo**.Lisboa: Edições 70,1977.

BILHÃO,I. **Rivalidades e solidariedades no movimento operário:PoA 1906-1911**. Porto Alegre: EDIPUCRS,1999.



BRASIL.INSS. **Instrução Normativa nº 98, de 05 de dezembro de 2003.** Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>. Acesso em: 12/10/2004.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Relacionadas ao Trabalho.** Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL.MINISTÉRIO DO TRABALHO.**Portaria nº 3571 de 22 de novembro de 1990.** Norma Regulamentadora 17: Ergonomia. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/MTB/17.htm>. Acesso em: 02/01/2005.

BRESCIANI,L.P.Panorama da reestruturação produtiva.**Cadernos de psicologia social do trabalho.**v.2,n.1,p.39-44,1999.

CÂNDIDO,V.G. ; NEVES,M.A. Gênero, trabalho e saúde:Um estudo de caso da LER numa empresa do setor metalúrgico. In: GARCIA DE ARAÚJO,J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais.** Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998.

CANGUILHEM,G. **O normal e o patológico.** 5ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária,2002.

CARVALHO,A.S.T *et al.***LER/DORT:a percepção do trabalhador sobre a procura de tratamento.** Trabalho apresentado para o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho e Saúde e Trabalho.Departamento de Medicina Social/Faculdade de Medicina.UFRGS,2003.

CASTEL,R. Centralité du travail et cohésion sociale. In:KERGOAT,J., BOUTET,J.,JACOT,H. & LINHART,D.(org).**Le monde du travail.** Paris: La Découverte,1998a,p.50-60.

\_\_\_\_\_. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.**Petrópolis: Vozes,1998b.

CHAMOUX,M-N. Sens et place du travail dans les sociétés. BOUTET,J.,JACOT,H. & LINHART,D.(org). **Le monde du travail.**Paris: La Découverte,1998,p.15-23.

COSTA,J.F. Psicoterapia e doença dos nervos.In:**Psicanálise e contexto cultural.** R.J.: Campus,1989,p.17-39.

DEJOURS,C.**A loucura do trabalho:estudo de psicopatologia do trabalho.**2ed.São Paulo, Cortez-Oboré,1987.

\_\_\_\_\_.Centralité ou declin du travail? In:KERGOAT,J., BOUTET,J.,JACOT,H. & LINHART,D.(org).**Le monde du travail**.Paris: La Découverte,1998,p.40-49.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI,E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho.In: BETIOL,M.I.S.(org.)**Psicodinâmica do trabalho:contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento, trabalho**.São Paulo: Atlas,1994, p.119-145.

FOUQUET,A. Travail, emploi ou activité? In: KERGOAT,J., BOUTET,J.,JACOT,H. & LINHART,D.(org).**Le monde du travail**.Paris: La Découverte,1998,p.229-238.

FERREIRA,A.B.H.**Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**.3ed.Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GALEAZZI,I.Precarização do trabalho. In: CATTANI,A.D.(org.)**Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 2002, p.242-245.

GARCIA DE ARAÚJO,J.N. A reinserção profissional de portadoras de LER: Questões institucionais e identitárias. In: GARCIA DE ARAÚJO,J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p.300-311.

GORZ,A.Le travail fantôme. In:KERGOAT,J., BOUTET,J.,JACOT,H. & LINHART,D.(org). **Le monde du travail**.Paris: La Découverte,1998,p.30-39.

GRAVINA,M.E.R.; NOGUEIRA,D.P; ROCHA,L.E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho.**Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.14,n.1, p.19-26, jan/abr,2003.

HOEFEL,M.G. et al. Incidência de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares relacionados com o Trabalho em um hospital universitário de Porto Alegre. **Revista HCPA**, HCPA e Faculdade de Medicina da UFRGS,v.22, p.253-254, novembro de 2002.

\_\_\_\_\_. Lesões de esforços repetitivos.In: DUNCAN,B., SCHIMIDT,M.; GIUGLIANI,E. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas,1996,p.742-746.

JACQUES,M.G. “Doença dos nervos”: Uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In: JACQUES,M.G. ; CODO,W.(org) **Saúde Mental e trabalho: leituras**.Petrópolis,RJ: Vozes,2002,p.98-111.

LE GUILLANT,L. A neurose das telefonistas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n.47, p.7-11,v.12, agosto-setembro,1984.

LIMA, F.P.A. A organização da produção e a produção da LER. In: GARCIA DE ARAÚJO, J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p. 237-263.

\_\_\_\_\_.A. Ergonomia e prevenção da LER: Possibilidades e limites. In: GARCIA DE ARAÚJO, J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p. 312-353.

LIMA, M.E.A. A LER no setor bancário. In: GARCIA DE ARAÚJO, J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p.52-107.

\_\_\_\_\_.Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G.; CODO, W. (org) **Saúde Mental e trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002a, p.50-81.

\_\_\_\_\_.A questão do método em psicologia do trabalho. In: GOULART, I.B. (org.) **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b, p.123-132.

\_\_\_\_\_; BORGES, A.F. Impactos psicossociais do desemprego de longa duração. In: GOULART, I.B. (org.) **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.337-355.

\_\_\_\_\_; BRESCIA, M.F.Q. O trabalho como recurso terapêutico. In: GOULART, I.B. (org.) **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.357-377.

\_\_\_\_\_; LIMA, F.P.A. Introdução geral. In: GARCIA DE ARAÚJO, J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p.11-29.

\_\_\_\_\_; PRADO, C.V.R. Trabalhadoras lesionadas no setor metalúrgico. In: GARCIA DE ARAÚJO, J.N. LIMA, F.P.A. e LIMA, M.E.A. (org.) **L.E.R. Dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998, p.33-51.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos de 1844**. México: Editorial Grijalvo, 1982, p.71-88.

\_\_\_\_\_. **O capital. Crítica da economia política. Livro I. O processo de produção do capital**. 13ed. Vol. I. Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 1995.

MÉDA, D. La fin de la valeur “travail”? **Revue Esprit**, n.8-9, p.75-93, agosto/set., 1995.

MERLO, A.C. Lesões por Esforços Repetitivos - LER. In: CATTANI, D.C. (org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002, p.177-181.

\_\_\_\_\_,JACQUES,M.G.C.; HOEFEL,M.G.L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: Relato de experiência.**Psicologia, reflexão e crítica**,v.14,n.1, p.253-258, 2001.

MINAYO,M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO,1994.

MORAES,R.**Análise de conteúdo**.Porto Alegre: PUCRS,1993 (mimeo)

NARDI, H.C. **Trabalho e Ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)**. Tese (Doutorado em Sociologia). Porto Alegre, 2002, Programa de Pós Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

\_\_\_\_\_.Ética do trabalho.In: CATTANI,D.C.(org.)**Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4ed. Petrópolis:Vozes;Porto Alegre:Editora da UFRGS,2002b,p.116-122.

OFFE,C.**Capitalismo desorganizado**.2ed.São Paulo:Brasiliense,1994.

PIMENTEL,F. **Aspectos gerais de Porto Alegre**. Porto Alegre: Imprensa Oficial,1945,v.1,p.345-380.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal da Cultura.NUNES,M.K., COUTINHO,M.F. E ABRÃO,J.S.: **Memória dos bairros-Vila do IAPI**. Porto Alegre:PMPA,SMC,1991.

QUEIROZ,M.I.P.Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”.**Ciência e Cultura**.São Paulo,v.39,n.3, p.272-286, março,1987.

RAMAZZINI,B.**As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla3ed.SP: FUNDACENTRO,2000.

SATO,L. et al. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial.**Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**,n.79,v.21,p.49-62, julho/agosto/setembro,1993.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, saúde mental e LER. In: RUIZ,R.C.(org) **Um mundo sem LER é possível**. Montevideo: Rel-UITA,2003,p.62-78.

SCHIMIDT,B.B.**O patriarca e o tribuno: caminhos, encruzilhadas, viagens e pontes de dois líderes socialistas- Francisco Xavier da Costa(187?-1934) e Carlos Caraco (1878-1961)**. Tese de Doutorado em História, Universidade Estadual de Campinas,IFCH.Campinas,SP,2002.

SELIGMANN-SILVA,E.Uma história de “crise de nervos”:Saúde mental e trabalho.In:BUSCHINELLI,J.T.;ROCHA,L.;RIGOTTO,R..(org)**Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes,1993,p.609-635.

SINDICATO DOS METALÚRGICOS DE PORTO ALEGRE. **Fazendo história.** Revista comemorativa aos 68 anos do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre. Porto Alegre, março, 1999. Número especial.

VERNANT, J.P. Trabalho e natureza na Grécia antiga. In: \_\_\_\_\_. **Mito e pensamento entre os gregos: estudos de psicologia histórica.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990, p.259-277.

\_\_\_\_\_. Aspectos psicológicos do trabalho na Grécia antiga. In: \_\_\_\_\_. **Mito e pensamento entre os gregos: estudos de psicologia histórica.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990, p.259-277.

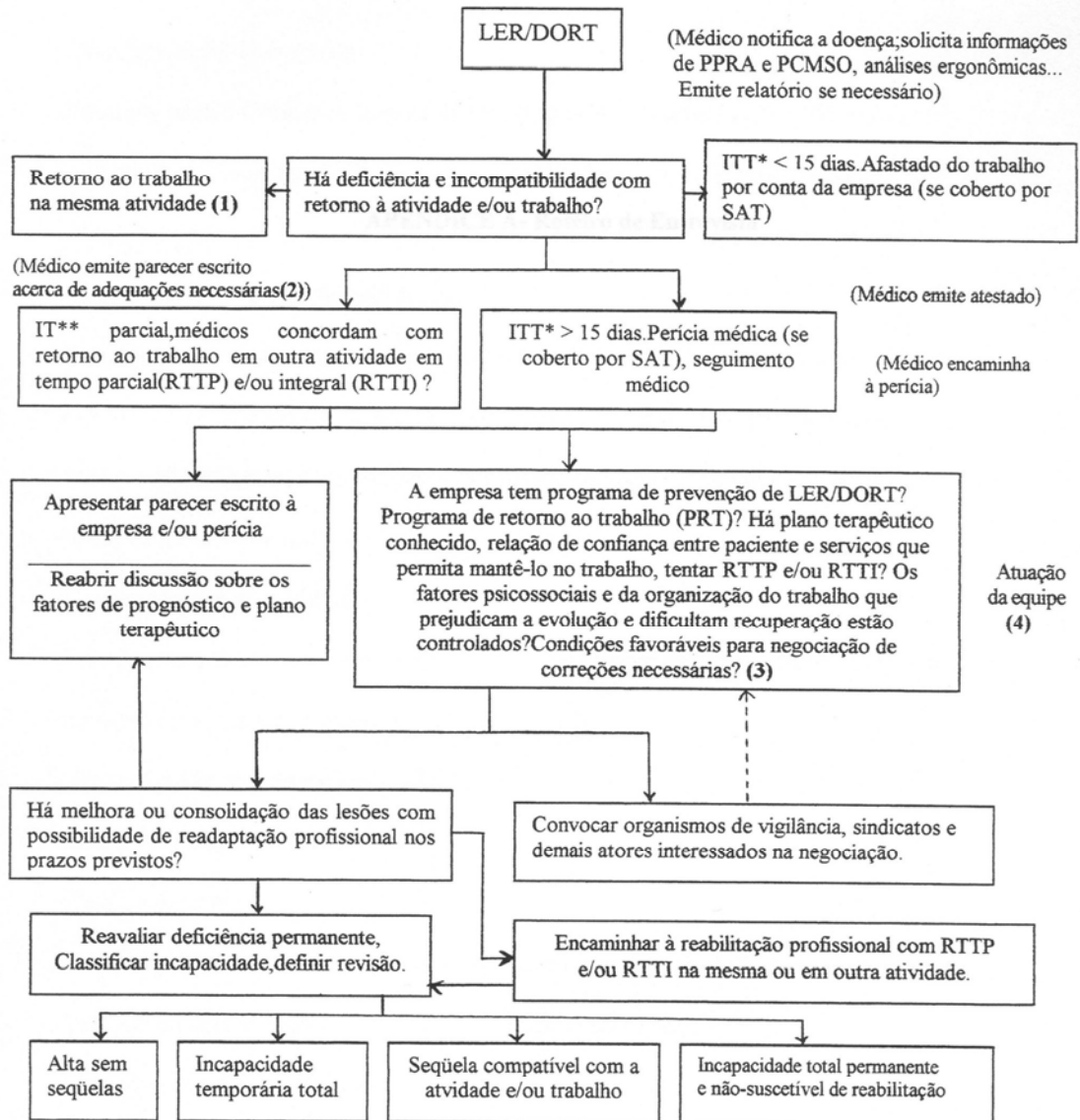
VÍCTORA, C.G, KNAUTH, D.R ; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Martin Claret, 2002.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

**ANEXO A- Fluxograma**

**ANEXO A**  
**FLUXOGRAMA DE DECISÕES MÉDICO-ADMINISTRATIVAS**  
**E DE CONDUTAS EM CASOS DE LER/DORT**



Adaptado do Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde/Ministério da Saúde/2001

- (1) Hipótese rara de caso leve (2) Mudanças em posto de trabalho, jornada reduzida, etc.  
 (3) Sua identificação e correção podem exigir abordagem especializada conduzida com participação real dos trabalhadores (4) Equipe: Estimula adesão do paciente a PRT e negociação entre envolvidos; avalia atividades alternativas e intercorrências médicas; gerencia oferta de serviços, sistema de informações, problemas e suas soluções...  
 \*Incapacidade Temporária Total (ITT) \*\* Incapacidade Temporária (IT)

**APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista**



## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Caracterização da empresa
- Empresa possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)/Programa de retorno ao Trabalho? Programa de Prevenção contra Acidentes de Trabalho/Doenças Profissionais?
- Empresa possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) ?
- Caracterização da função /atividade
- Exigências e pressões no exercício das tarefas (tempo, gestos repetitivos,rapidez)
- Horas- extras (frequência/se são remuneradas/se existe pressão para fazê-las,etc)
- Produtividade (como é computada - por tempo/produto, se há estímulo, premiação,etc)
- Relação do nexo causal
- Conseqüências no cotidiano
- Reações ao adoecimento em relação ao convívio social (colegas, chefes, familiares, etc)
- Expectativas, medos, planos
- O que significou a doença
- Como foi o retorno ao trabalho
- História laboral
- O quê representa o trabalho (como o significa)
- Se pudesse mudar algo no trabalho para evitar o adoecimento, o que seria?
- Medos, perspectivas, projetos

**APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**1. Título:** “Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT”. Este estudo está sendo realizado por Miriam Junqueira Scopel (médica e mestranda do PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS), orientada por Maria da Graça C. Jacques (professora doutora do PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS).

**2. Objetivo geral:** Investigar que significados têm o trabalho no processo de reinserção social de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT.

**3. Procedimentos** que serão utilizados: Entrevistas gravadas em fitas de áudio e posterior transcrição e armazenamento para uso na pesquisa, sempre em caráter reservado; consulta a prontuários médicos, resultados de exames, laudos médicos e/ou CATs.

**4. Garantia de acesso:** Em qualquer etapa da pesquisa, a pesquisadora (Miriam Scopel) poderá ser contatada pelo telefone número 9125 1774, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefício, etc.

**5. Garantia da retirada do consentimento,** a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo pessoal.

**6. Direito de confidencialidade ao sujeito da pesquisa:** direito de não identificação e de manutenção do caráter confidencial da informação com relação à privacidade.

**7. Direito de acesso atualizado** aos resultados da pesquisa ainda que os mesmos possam afetar a vontade do voluntário em continuar participando da mesma.

Eu \_\_\_\_\_,

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre a pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido autoriza a pesquisadora a utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Miriam J. Scopel- Pesquisadora