

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

**Trabalho e adoecimento no serviço público:
LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático.**

Dissertação de Mestrado

Mayte Raya Amazarray

Porto Alegre

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

**Trabalho e adoecimento no serviço público:
LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático.**

Mayte Raya Amazarray

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques

Porto Alegre

2003

MAYTE RAYA AMAZARRAY

Prof^a. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques (Orientadora)

Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Prof^a. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Prof. Dr. Wanderley Codo

Porto Alegre, março de 2003.

“Quando estiver na cabeceira da cama de seu paciente, não esqueça de perguntar-lhe onde trabalha, para saber se na fonte de seu sustento não se encontra a causa de sua enfermidade.”

Bernardino Ramazzini, século XVII

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, que sempre “torce” por mim.

Ao meu marido, Rodrigo, por todo o amor, carinho, apoio e paciência.

À minha mãe, Maria Teresa, pelo amor incondicional, pela tranquilidade que transmite e por ter me incentivado a fazer o Mestrado. Ao Luis, que sempre esteve junto apoiando.

Ao meu pai, Carmelo, pelo incentivo e otimismo, pelo interesse no meu trabalho, pela revisão do texto e pelo abstract.

À minha orientadora, Prof^a. Maria da Graça Corrêa Jacques, que sempre foi muito mais do que orientadora, pela confiança, sabedoria e pelas preciosas contribuições não apenas acadêmicas, mas por todo o incentivo.

A todos os professores do Mestrado, em especial Tania Galli Fonseca, Álvaro Roberto Crespo Merlo, Jaqueline Tittoni e Sergio Antonio Carlos.

À Prof^a. Maria Elizabeth Antunes Lima, da UFMG, pela disciplina virtual, pelas interlocuções e pelo exemplo inspirador de pesquisadora e profissional em Saúde Mental e Trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante o curso de Mestrado.

Às secretárias Ângeli e Michele, pelo atendimento amigável.

Aos colegas do Mestrado, em especial, Ângela Ghisleni, Sílvia Silveira, Selda Engelman, Márcia Werner, Daniela Moraes e Sara Wainberg.

À instituição que possibilitou a pesquisa de campo, pela disponibilidade de todos os profissionais que permitiram a realização deste estudo e pelos trabalhadores portadores de LER/DORT que contribuíram com seus depoimentos.

Aos profissionais que me acolheram carinhosamente no trabalho dos grupos de ação solidária com portadores de LER/DORT, que em muito contribuiu para o meu aprendizado e experiência: Maria da Graça Hoefel, Jussara Mendes, Elaine Nunes, Silvana de Oliveira, Sylvia Mérola, Jacéia Netz (e todo o pessoal do Sindicato dos Bancários), José Flori.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	12
1.1 Trabalho e saúde: aspectos históricos e conceituais.....	13
1.2 LER/DORT: caracterização e implicações no cotidiano dos trabalhadores.....	21
1.3 O modo tecnoburocrático de gestão: especificidades e articulações com o processo saúde/doença.....	29
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
2.1 Objetivos e questões norteadoras.....	43
2.2 Modo de investigação.....	44
3 APRESENTAÇÃO DO CAMPO.....	48
3.1 Caracterização da instituição e de suas políticas e práticas em saúde do trabalhador.....	49
3.2 Descrição das participantes.....	54
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
4.1 O vínculo entre o “serviço” e o processo saúde/doença dos servidores: a (in)visibilidade institucional desta articulação.....	63
4.2 LER/DORT: trajetórias de adoecimento em “serviço”.....	76
4.3 As especificidades do modo de gestão tecnoburocrático e suas articulações com patologias agrupadas como LER/DORT.....	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	

RESUMO

As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) vêm adquirindo importância por sua presença constante e progressiva em diferentes ocupações, constituindo-se em um processo de adoecimento no qual a organização do trabalho tem papel relevante. Este estudo visa analisar a manifestação de patologias agrupadas como LER/DORT no âmbito do serviço público, articuladas às especificidades do modo de gestão tecnoburocrático – modelo pouco enfatizado nas investigações sobre a temática. Realizou-se um estudo de caso em uma instituição pública, utilizando diversas fontes de coletas de dados, como análise de documentos, entrevistas com trabalhadores técnico-administrativos portadores de LER/DORT e observação de reuniões sindicais. Em geral, as manifestações da doença iniciam de forma insidiosa e evoluem para quadros clínicos graves, visto a falta de administração adequada dos sintomas, com destaque para a inexistência de mecanismos institucionais de prevenção e tratamento. Os sintomas, em especial a dor, passam a ser uma constante no cotidiano dos trabalhadores, invadindo a vida fora do trabalho. Constatam-se implicações psíquicas, especialmente estados depressivos, bem como a auto-culpabilização, construída a partir de práticas que concebem a doença como propriedade do indivíduo, cabendo a ele a busca de estratégias para “ajustar” os sintomas às exigências laborais. Embora as trajetórias de adoecimento sejam semelhantes àquelas vividas por trabalhadores portadores de LER/DORT oriundos de outros setores, o modo de adoecer e seus percursos revelam especificidades associadas ao modo de gestão tecnoburocrático. Não é prática comum, na instituição, estabelecer os vínculos entre o trabalho e o processo saúde/doença, de modo geral, e em relação à LER/DORT, em particular, tornando invisível tal articulação. As práticas e políticas em saúde do trabalhador denotam uma perspectiva biológica e individualizada, sendo o setor de Perícia Médica um órgão eminentemente burocrático, inserido nos pressupostos da Medicina do Trabalho e semelhante ao modelo predominante nas empresas privadas e nos órgãos previdenciários brasileiros. No serviço público, apresentam-se como fatores relevantes para a manifestação de patologias do grupo LER/DORT o contexto de precarização das condições de trabalho e a diminuição do quadro funcional, com conseqüente sobrecarga de trabalho para os trabalhadores na ativa. A instituição tem utilizado estratégias de responsabilização individual dos trabalhadores pela demanda de trabalho, tendo como respaldo o reconhecimento do trabalhador, que atende, por sua vez, à valorização do saber-fazer em conformidade com as normas burocráticas. Os trabalhadores das atividades meio são os mais expostos a estes riscos, visto o menor espaço concedido pela organização do trabalho. A maior valorização institucional concedida aos trabalhadores que ocupam cargos hierárquicos superiores e/ou que exercem atividades fins é, também, uma constante fonte de tensão. Reafirma-se o crescimento, a complexidade e a conjunção de diversos fatores no processo de manifestação da LER/DORT, associadas às particularidades de cada contexto laboral, cujas especificidades devem ser priorizadas para subsidiar a implementação de programas de prevenção.

ABSTRACT

Repetitive Strain Injuries / Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WMSDs) are achieving importance for their progressive presence in different activities and it's a sickening process in which the work's organization has an important role. This study seeks to analyze the manifestation of pathologies grouped as RSI/WMSDs in the scope of the public service, articulated to the specificities of the technobureaucratic administration mode – a model little emphasized in the studies on the thematic. It was used as methodology resource a case study in a public organization, through several sources of data collections, as analysis of documents, interviewing workers with RSI/WMSDs and observation of union meetings. In general, the emerging of the disease begins insidiously, evolving to serious clinical situation, due to the lack of appropriate administration of the symptoms, with prominence for the inexistence of institutional mechanisms of prevention and treatment. The symptoms, pain in especial, become a constant in the daily of workers, invading their lives outside work. Psychological implications are verified, specially depressive states, as well as self-guiltiness, built from practices that conceive the disease as an individual's property, belonging to him the strategies "to adjust" the symptoms to the work's demands. Although the paths of sickening are similar to those of workers with the disease from other segments, the ways of getting sick reveal specificities associated to the mode of technobureaucratic administration. It is not usual, in the institution, to establish the entails between the work and the health/sickness process, in a general way, and related to RSI/WMSDs, in particular, turning invisible such articulation. The practices and policies in worker's health show a biological and individualized perspective adopted by Medical Expertise, which is eminently bureaucratic, inserted in Medicine of the Work's presuppositions and similar to the model present in private companies and in Brazilian social and medical welfare organizations. In the public service, are shown as important factors for the manifestation of pathologies grouped as RSI/WMSDs the context of precariousness of work's conditions and the decreasing numbers of the functional staff, with consequent overload of work for the workers – so the organization has been using such strategies as workers' individual responsabilization for the demand of work, institutionally backed-up by worker's recognition, that assists, in the other hand, to the valorization of know-how in conformity with the bureaucratic rules. The workers in support activities are more exposed to these risks, since they have little space granted by the organization of the work. The largest institutional valorization granted to the workers that occupy higher hierarchical positions and/or that exercise main activities is, also, a constant tension source. It is reaffirmed the growth and the complexity of RSI/WMSDs, associated to the particularities of each work context, which specificities should be prioritized to subsidize the implement of prevention programs.

INTRODUÇÃO

Os tempos atuais caracterizam-se por profundas transformações no modo de vida, relacionadas com fatores como a globalização, as novas tecnologias, a degradação ambiental, a expansão dos meios de comunicação de massa, a crescente concentração do poder político/econômico e a violência sob múltiplas formas. No mundo do trabalho, tais transformações se expressam em modos de viver produzidos socialmente, que modulam o corpo dos homens e das mulheres, suas formas de sofrimento, desgaste e adoecimento. Embora o processo saúde/doença dos trabalhadores não seja determinado apenas no âmbito do espaço de trabalho, a importância dos riscos aí gerados é incontestável. Condições de trabalho inadequadas e suas formas organizativas estão relacionadas com danos à saúde dos trabalhadores, que se apresentam como sofrimento psíquico, doenças profissionais e acidentes de trabalho.

O mundo do trabalho caracteriza-se como um universo complexo, no qual coexistem diferentes modalidades de processos produtivos – do trabalho agrícola à automação – sustentados por relações e vínculos laborais também diversificados. Diante disso, faz-se necessário salientar que somente uma pequena parcela de trabalhadores tem sido privilegiada com uma mudança positiva no conteúdo do trabalho. Tanto no setor produtivo brasileiro quanto no exterior, como assinala BRESCIANI (1999), o mundo do trabalho continua a exibir muitos problemas, como sua intensificação e precarização, doenças profissionais e exclusão de um contingente crescente de trabalhadores.

Neste cenário, as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) apresentam-se como uma verdadeira “epidemia”, que vêm adquirindo importância por sua presença constante e progressiva em diferentes ramos de atividades, atingindo, preferencialmente, trabalhadores jovens e mulheres. A LER/DORT é um conjunto de patologias do sistema músculo-esquelético que pode trazer

incapacidade permanente e, atualmente, constitui-se em uma das principais causas de afastamento do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Por sua amplitude e complexidade, exige uma abordagem interdisciplinar na busca de formas mais eficazes de prevenção, diagnóstico, tratamento e reinserção profissional dos portadores.

Dentre os fatores que concorrem para a produção da LER/DORT, a literatura tem apontado a importância das formas de organização do trabalho, que se expressam nos modos de gestão (no Brasil, LIMA, ARAÚJO & LIMA, 1998; MERLO, 1999; SATO et al., 1993, entre outros). No caso específico da LER/DORT, os estudos têm priorizado os modos de gestão taylorista/fordista e aqueles baseados na excelência, enfocando suas diferenças quanto ao controle do trabalhador sobre o processo de trabalho. Outros modos de gestão, como o tecnoburocrático, não têm recebido a mesma atenção.

Esta dissertação tem como proposta investigar a manifestação da LER/DORT no âmbito de espaços laborais pautados pelo modo de gestão tecnoburocrático. O modelo burocrático de organização do trabalho está presente em uma diversidade de organizações, mas predomina nas administrações públicas, nas empresas estatais e em órgãos como hospitais, escolas e universidades, nas redes municipal, estadual e federal. No Brasil, estas organizações empregam um expressivo contingente de trabalhadores, responsáveis diretamente pela prestação de serviços à população.

O serviço público brasileiro - setor em que este modelo se apresenta de forma expressiva - convive, também, com a ameaça de privatização, a terceirização de atividades-meio, a escassez de recursos materiais, os programas de demissão voluntária, a ameaça à estabilidade, a desvalorização de seu funcionalismo e um cotidiano permeado pelo estigma do servidor público, enquanto um funcionário relapso, “folgado” e descomprometido com o trabalho. Instituições pautadas por este modelo caracterizam-se por: organização do trabalho rígida e verticalizada, comunicação difícil entre os níveis hierárquicos, atividades rotineiras e monótonas, entre outros fatores (CHANLAT, 1995).

Diante desse contexto, há de se investigar a articulação entre esse modo de gestão e o processo saúde/doença, a partir da manifestação de patologias do grupo LER/DORT, devido à relevância desta problemática no panorama atual da Saúde do Trabalhador. Assim sendo, este estudo tem como principal objetivo analisar a articulação entre o modo de gestão tecnoburocrático e a manifestação de patologias do grupo LER/DORT, procurando delinear seus percursos e, assim, orientar ações de prevenção, informação, alternativas terapêuticas e encaminhamentos de caráter coletivo. Para tanto, realizou-se um estudo de caso sobre as manifestações de patologias do grupo da LER/DORT

em uma instituição pública, cuja estrutura organizacional encontra-se inserida no modelo tecnoburocrático.

Assim, no primeiro capítulo desta dissertação, expõem-se os conceitos que compõe os fundamentos teóricos desta pesquisa: primeiro retoma-se a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença; após focaliza-se a LER/DORT; e, por último, apresentam-se as principais características do modo tecnoburocrático de gestão.

No segundo capítulo, explana-se o referencial epistemológico concernente à produção de conhecimento em ciências humanas e sociais, área na qual se insere o presente estudo. Nesta parte do trabalho, também são expostos os objetivos e as questões norteadoras da pesquisa, bem como o modo de investigação e os procedimentos metodológicos adotados.

No terceiro capítulo, descreve-se uma caracterização geral do local onde foi realizada a coleta de dados, apontando algumas características da instituição pesquisada, suas políticas e práticas em Saúde do Trabalhador. Também se faz uma apresentação dos trabalhadores dessa instituição que colaboraram com este estudo através de seus depoimentos.

No quarto capítulo, apresentam-se os principais resultados da pesquisa, relacionando-os aos conceitos teóricos que fundamentam este estudo. Assim, em primeiro lugar, discute-se a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença na instituição pesquisada; na segunda parte, procura-se desvelar como se apresentam as trajetórias de LER/DORT vividas por trabalhadores dessa instituição; e, na terceira parte, buscam-se as relações entre estas trajetórias e a organização do trabalho pautada pelo modelo tecnoburocrático de gestão.

Por último, assinalam-se algumas considerações finais, destacando os principais resultados do estudo e salientando as contribuições do campo da Psicologia para a continuidade das investigações sobre a temática.

1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Embora a teoria não seja um modelo universal que se adapta a qualquer realidade, o processo de investigação científica tem como base um referencial teórico, sem o qual não é possível interpretar, explicar e compreender a realidade. Conforme KUHN (1989), o dado é muito mais resultado teórico do que achado, pois para achar é mister antes decidir o que achar e como achar. Assim, expõem-se os principais conceitos que orientam este estudo: relação saúde e trabalho, particularmente as especificidades das patologias agrupadas como LER/DORT, suas repercussões na vida dos trabalhadores, e suas articulações com o modo tecnoburocrático de gestão.

1.1 TRABALHO E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A relação entre o trabalho e a saúde/doença dos trabalhadores tem sido objeto de reflexão da humanidade há séculos. A história da Medicina (MENDES, 1995) registra associações entre o trabalho e a saúde/doença na Idade Antiga, entre os egípcios e, mais tarde, no mundo greco-romano. Hipócrates, na Grécia Antiga, descreveu um caso de intoxicação saturnina em um trabalhador mineiro — embora tenha dado pouca atenção à relação entre a patologia e o ambiente de trabalho. Heródoto também observou doenças relacionadas ao trabalho, descrevendo uma alta mortalidade por doenças pulmonares em escravos que trabalhavam na produção de mortalhas. Hoje, é sabido que estas mortalhas continham asbesto, fibra mineral que, quando aspirada, produz a asbestose, doença ocupacional caracterizada por fibrose pulmonar crônica e irreversível, podendo causar também câncer de pulmão (BONCIANI, 1993).

Quanto à Idade Média, pouco se sabe sobre as relações entre trabalho e saúde. Há alguns relatos, conforme assinala MENDES (1995), sobre os problemas provocados pela atividade extrativa mineral: os trabalhadores de mineração subterrânea morriam mais e mais precocemente do que a população em geral. Somente na Idade Moderna, em 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini inaugura uma nova fase nas investigações ao publicar sua obra *De Morbis Artificum Diatriba* (As doenças dos trabalhadores), em que descreve doenças relacionando-as à ocupação das pessoas em mais de 50 profissões (FACCHINI, 1993).

O impacto da Revolução Industrial, a partir do século XVIII, suscitou uma atenção aos acidentes mutilantes e fatais e às intoxicações agudas que acometiam homens, mulheres e crianças trabalhadoras. Nesta época, as jornadas de trabalho, a higiene precária, a baixa remuneração e a falta de assistência médica levavam à morte precoce. Assim que, segundo a perspectiva de alguns autores (DEJOURS, 1992; FACCHINI, 1993), antes do século XIX, não se pode falar propriamente em saúde dos trabalhadores, mas em medidas para assegurar a sua sobrevivência. No Brasil, conforme ROCHA e NUNES (1993b), as condições de vida e de trabalho no século XIX até o início do século XX (até a década de 30) eram muito semelhantes às ocorrências observadas no período da Revolução Industrial na Inglaterra, havendo uma alta incidência de acidentes de trabalho.

A exploração da classe operária e suas implicações sobre a saúde são expressas na literatura da época (MARX, 1975; ENGELS, 1986). Segundo MARX (1975), qualquer divisão do trabalho leva a uma degeneração física e mental, porém, é a partir da manufatura,

quando se acentua de tal forma a divisão do trabalho, que se criam condições para uma “patologia industrial”. Marx assinala que o trabalhador não se apropria do conteúdo do trabalho, convertendo-se num autômato, o que afeta seu “sistema nervoso”, sufocando o jogo variado dos músculos e confiscando a atividade livre física e mental¹. Introduce-se, aqui, um elemento na análise da relação saúde/trabalho, na medida em que se volta a atenção à forma como o trabalho é organizado e não a sua suposta natureza como “nocivo” ou “perigoso”.

Assim, após um período marcado pela luta à sobrevivência², em meados do século XX o movimento operário organiza, entre outras, reivindicações caracterizadas por DEJOURS (1992) como a luta pela “não doença”, buscando minimizar as conseqüências provocadas pela industrialização. Os trabalhadores se voltaram para a prevenção de acidentes, a luta contra as doenças e o direito à assistência médica. No entanto, sob o ponto de vista do autor, tais ações eram limitadas, pois se dirigiam apenas à saúde do corpo, não considerando que as condições de trabalho nocivas atingem um corpo domesticado, e que há uma estratégia concernente ao aparelho mental, para dele anular as resistências que se opõe à exploração. O mesmo autor propõe um terceiro período da luta pela saúde, após 1968, que diz respeito à conquista pela saúde propriamente dita, considerando o físico e o mental, bem como a produção social do processo saúde/doença.

Na trajetória histórica dos estudos sobre a articulação entre saúde e trabalho, constata-se que, enquanto a luta pela sobrevivência denunciava uma jornada de trabalho excessiva e a luta pela saúde do corpo, *condições de trabalho* inadequadas, o sofrimento psíquico remete à *organização do trabalho*³. A organização do trabalho passa a ser priorizada nas suas implicações sobre a saúde do trabalhador, na medida em que está associada ao sofrimento psíquico e a doenças físicas e mentais, tanto que empresas com alta incidência de incapacitação ao trabalho devido a transtornos mentais em seus trabalhadores também apresentam elevados índices de incapacitação por outras doenças (GUIMARÃES et al., 1999).

¹ Embora a obra de Marx priorize a análise econômica e filosófica, é inegável a precocidade e a originalidade de suas observações a respeito da saúde mental dos trabalhadores, inclusive utilizando a expressão “sistema nervoso”.

² Termo utilizado por DEJOURS (1992) para referir-se ao primeiro movimento da classe operária em resposta à Revolução Industrial.

³ Faz-se necessário distinguir *condições de trabalho* de *organização do trabalho*. As primeiras estão relacionadas com os agentes físicos, químicos, biológicos, com as características ergonômicas do posto de trabalho e com as condições de higiene e segurança. Por outro lado, a organização do trabalho diz respeito à divisão técnica e social do trabalho, ao conteúdo da tarefa, ao sistema hierárquico, às relações de poder, ao controle sobre o ritmo de trabalho e ao padrão de sociabilidade interna (DEJOURS, 1992).

No Brasil, a história das relações entre trabalho e saúde também revela, como em outros países, o engajamento dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho. Dentre as mobilizações conduzidas pelos trabalhadores, destacam-se as grandes greves de 1917 e 1918, que deram origem à criação da primeira lei sobre Acidente de Trabalho (1919) e sobre Previdência Social (1923) (ROCHA e NUNES, 1993b). No período conhecido como Era Vargas, compreendido entre 1930-1945, a característica é a intervenção do Estado como intermediário nas relações de trabalho, com a criação de leis trabalhistas e de órgãos públicos voltados à assistência do trabalhador. No período de 1945 a 1964, a Previdência Social passa a fornecer benefícios e serviços que, segundo os autores citados, inscrevem-se na política democrática populista deste período de grande expansão industrial.

No período de 1964 a 1980, o Brasil foi recordista em acidentes de trabalho, fato atribuído à intensificação do processo de trabalho, à degeneração das condições laborais, associadas ao arrocho salarial e ao controle sobre as ações sindicais. No final da década de 70, o movimento sindical passa a ter mais autonomia em relação ao Estado e a negociar diretamente com os empresários. Neste cenário, a mobilização dos trabalhadores mostrou-se como o principal instrumento de pressão para buscar modificações nas condições de trabalho (ROCHA e NUNES, 1993b).

Do assinalamento de MARX (1975), em 1867⁴, retoma-se, mais de um século depois, a importância conferida ao modo como o trabalho é organizado pelos homens, imprimindo um intenso sofrimento ao restringir a autonomia do trabalhador, ao limitar o uso do tempo, do espaço e de suas potencialidades. Conforme a organização do trabalho, há uma utilização deformante do corpo e das potencialidades psíquicas, provocando no trabalhador um desgaste físico e psicológico e uma perda da sua capacidade potencial ou efetiva (SELIGMANN-SILVA, 1994).

As questões relativas à saúde do trabalhador absorveram importantes reformulações teóricas sobre o processo de adoecimento, inclusive a ressignificação do conceito de saúde. Ao redimensionar as noções de normal e patológico, CANGUILHEM (1995) aponta três modos de compreender a relação saúde/doença: como realidades diferentes, como pontos extremos de uma escala mensurável e como qualidades diferentes de uma mesma realidade. Estas visões articulam-se com concepções de produção da doença: ontogênica (definindo saúde a partir da doença, em um indivíduo isolado), dinâmica (totalizante e multicausal) e concreta (ultrapassando a idéia da causalidade para a noção de

⁴ Data da primeira publicação em alemão do Tomo I da obra *O Capital*.

determinação complexa, incorporando os processos sociais em que o indivíduo está inserido). Assim, o autor visualiza a saúde e a doença como dimensões constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma dessas dimensões contida na outra. Concebe a saúde como a capacidade do ser vivo de estabelecer normas, de tolerar e de enfrentar as agressões do meio.

Tal concepção extrapola a noção de adaptação em geral contemplada nas conceituações de saúde e doença. A própria noção de adaptação precisa ser ressignificada. Segundo LAURELL e NORIEGA (1989), a adaptação não é um retorno ao estado anterior; os processos de adaptação costumam ser considerados fisiologicamente normais, capazes de preservar o organismo. Entretanto, muitos processos de adaptação podem levar à sobrevivência em condições corporais precárias ou podem até mesmo destruir a integridade corporal.

“Um exemplo revelador desse fato é a reação de estresse, o processo de adaptação talvez mais característico da sociedade capitalista. Assim, apesar do que seja a maneira de se colocar o organismo em alerta, mobilizando-o para “fugir ou lutar diante do perigo”, sua repetição freqüente ou sua conversão em estresse crônico transforma-se num processo destrutivo de uma série de estruturas e processos corporais.” (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.101).

Essas considerações remetem a uma concepção de saúde/doença como um processo social, dinâmico e expressivo das condições de vida de uma comunidade. Sob este ponto de vista, saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, mas estão intimamente vinculados ao contexto social, econômico e cultural, tanto em suas produções como na construção do saber que investiga e que propõe soluções (COHN & MARSIGLIA, 1993; LAURELL & NORIEGA, 1989; SAMPAIO, 1998).

Além disso, tal concepção de saúde não contrapõe o social ao biológico, mas o social ao natural, já que a biologia humana não é a-histórica. A historicidade do biológico manifesta-se nos níveis de integração superiores, especialmente no nível de complexidade que representa o corpo humano. Não pressupõe separação entre o social e o biopsíquico, já que o nexos biopsíquico é tomado como a expressão concreta na corporeidade humana do processo social num determinado momento histórico (FACCHINI, 1993; LAURELL & NORIEGA, 1989).

A divisão corpo/mente precisa ser rompida para compreender, por exemplo, a produção de doenças somáticas em atividades como a automação e os trabalhos de escritório, nas quais o esforço físico encontra-se reduzido e a exigência do trabalho volta-se para as capacidades mentais. Se a violência da organização do trabalho pode, mesmo na ausência de

nocividade dos ambientes de trabalho, produzir doenças somáticas e não apenas psíquicas, é porque o aparelho mental não é um compartimento do organismo simplesmente justaposto à musculatura, aos órgãos sensoriais e às vísceras. Conforme assinalam diversos autores (por exemplo, COHN & MARSIGLIA, 1993; DEJOURS, 1992), a vida psíquica é um patamar de integração do corpo, de modo que sua desestruturação repercute sobre o físico e sobre o mental.

Além de trabalhar com uma noção de saúde que dê conta do físico e do mental, também faz parte desta concepção considerar os movimentos coletivos dos trabalhadores na luta contra a exploração do trabalhador. À disciplina conduzida para garantir a reprodução das relações sociais de produção, os trabalhadores resistem organizando-se coletivamente, tanto que os direitos de que eles dispõem hoje foram conquistas resultantes desses movimentos coletivos. Além disso, também há formas coletivas de resistência às imposições da organização do trabalho no interior dos próprios contextos laborais.

É justamente essa afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde/doença que caracteriza a constituição do campo da Saúde do Trabalhador⁵, abordagem interdisciplinar e que privilegia a participação dos trabalhadores, capazes de contribuir com seu saber para a compreensão do impacto do trabalho sobre a saúde e de intervir politicamente para transformar a realidade.

“Entende-se por saúde do trabalhador o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras, que – aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução – estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.” (NARDI, 2002, p.283)

Sob esta perspectiva, amplia-se a abordagem para além do diagnóstico das doenças e propõe-se a análise do sujeito trabalhador, sua experiência e tramas que constroem o seu lugar (NARDI, TITTONI & BERNARDES, 2002). Segundo estes autores, os estudos sobre saúde e trabalho precisam romper a dicotomia normal-patológico, pois, muitas vezes, aquilo que tem sido visto por algumas práticas psicológicas como “desviante”, na verdade,

⁵ Segundo Nardi (2002), enquanto a Saúde Ocupacional e a Medicina do Trabalho têm como foco a “saúde” do trabalho e da produção, a Saúde do Trabalhador volta a atenção para o trabalhador e enfocam-no enquanto sujeito ativo do processo saúde/doença e não simplesmente como objeto de atenção à saúde.

constituem-se em formas de resistência, que, por contrariarem a norma, são concebidas como patologias.

Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir, ser capaz de instituir normas, de ser normativo. O indicador de saúde, para esta abordagem, diz respeito às diferentes possibilidades de lidar com a doença. Ainda, dentro dessa concepção, deriva-se o pressuposto de que o trabalho é um elemento central na compreensão do processo saúde/doença, não apenas porque pode gerar riscos à saúde, mas principalmente porque o trabalho estrutura a organização da sociedade. Na sociedade capitalista, o processo de produção organiza toda a vida social e produz modos específicos de trabalhar (LAURELL & NORIEGA, 1989; ROCHA & NUNES, 1993a).

O debate sobre a importância do trabalho como elemento estruturante da organização social tem sido objeto de posições contraditórias na literatura contemporânea. MEDA (1995, apud BARBARINI, 2001) defende o ponto de vista de uma sociedade na qual existam lugares de sociabilidade alternativos ao trabalho, viabilizando um modo de vida no qual o trabalho não ocupe mais uma posição central. Isso possibilitaria uma liberação dos trabalhadores, na medida em que o trabalho, geralmente, é uma atividade exercida por necessidade, constituindo-se, muitas vezes, em uma carga penosa.

Por outro lado, segundo autores como CASTEL (1998), tal discussão não deve considerar o fim do trabalho, mas sua precarização. O trabalho na forma de emprego encontra-se cada vez mais raro e degradado e, como consequência, os trabalhadores acabam submetendo-se a qualquer condição para conseguí-lo – situação que acentua a exploração da classe trabalhadora, na perspectiva do autor. DEJOURS (2000) também contesta as teses da negação da centralidade do trabalho, observando que o trabalho não diminuiu, mas aumentou, visto que, apesar do enxugamento dos quadros, os que continuam a trabalhar o fazem com mais intensidade. Além disso, uma parte do trabalho não-mensurável é deslocada para o trabalho informal, para a terceirização e para o trabalho não remunerado. Apesar de estratégias como a da Qualidade Total, são cada vez mais numerosos os incidentes que comprometem a segurança, inclusive havendo aumentado o número de acidentes fatais.

Quanto aos que sofrem pela intensificação do trabalho, seja devido ao aumento da sua carga, seja devido à degradação das relações laborais (arbitrariedade, desconfiança, individualismo, concorrência), estes encontram muitas dificuldades para reagir coletivamente. Os trabalhadores que se organizam por meio de greves e outros movimentos coletivos se deparam com dificuldades como a desaprovação por parte dos políticos, da mídia e da população em geral, segundo os quais se trataria de greves de “abastados”, além do

constrangimento de protestar enquanto tantos outros se encontram em uma situação ainda mais desfavorecida.

Assim, diante deste cenário, a categoria trabalho na sua dimensão abstrata⁶ continua sendo central, ao menos para aqueles países onde a produção de mercadorias continua a organizar a vida social e a garantir a sobrevivência da “classe-que-vive-do-trabalho”, como é o caso do Brasil (ANTUNES, 1998). E, ainda, para ANTUNES (1999), a própria acumulação flexível não seria uma nova forma de organização do trabalho, mas sim a expressão da reorganização do capital a fim de retomar o seu patamar de acumulação e o seu projeto global de dominação.

A discussão sobre a centralidade do trabalho se inscreve em uma concepção segundo a qual o trabalho faz parte da constituição humana, do ponto de vista do trabalho concreto, no sentido de que é a atividade através da qual o homem transforma a natureza e, por sua vez, transforma e constrói a si mesmo. O trabalho é mediador na interação do ser humano com a natureza, numa relação de mútua transformação, pois o ser humano se constrói a partir das modificações que imprime sobre a natureza (CODO, 1997; LIMA, 2002).

Coexiste com essa dimensão construtiva do trabalho seu caráter de dispêndio de energia. Essa dupla dimensão se reflete em diferentes expressões linguísticas, presentes em todas as línguas, como trabalho e labor, em português; *work* e *labour*, em inglês; *operare* e *laborare*, em italiano; *travailler* e *oeuvrer*, em francês; *werk* e *arbeit*, em alemão. Entretanto, a linguagem cotidiana, em geral, não discrimina a dimensão do processo de criação de outros sentidos a que se aplica o termo trabalho. Em português, a palavra trabalho designa diferentes significações, como apontado por diversos autores (ALBORNOZ, 1994; JACQUES, 1993), incluindo a realização de uma obra que proporcione reconhecimento social e a de esforço, presente na sua execução cotidiana.

Enquanto produção social, faz-se necessário compreender as transformações introduzidas nos processos de trabalho no segundo período do século XX. As transformações tecnológicas vêm modificando a natureza das atividades. O serviço braçal vem sendo substituído pela automação e pela robótica, e as tarefas de escritório – serviços – tornam-se cada vez mais numerosas, devido ao desenvolvimento do setor terciário. Esta configuração do

⁶ Pressupondo-se o trabalho na sociedade capitalista, o trabalho contido na mercadoria possui um duplo caráter: o trabalho concreto e o trabalho abstrato. O trabalho concreto diz respeito à dimensão qualitativa do trabalho, à relação de intercâmbio entre os homens e a natureza, condição para a produção de coisas socialmente úteis e necessárias, isto é, valores de uso. Por outro lado, o trabalho abstrato corresponde ao valor de troca da mercadoria, independentemente das características particulares dos ofícios. Diz respeito ao dispêndio de energia, sem considerar as múltiplas formas em que é empregada. É nessa qualidade de trabalho abstrato que o trabalho cria o valor das mercadorias (ANTUNES, 1998; LIEDKE, 2002b).

trabalho se reflete em novas manifestações do processo saúde/doença. As palavras de DEJOURS (2000) ilustram essa nova realidade:

“Querem nos fazer acreditar, ou tendemos a acreditar espontaneamente, que o sofrimento no trabalho foi bastante atenuado ou mesmo completamente eliminado pela mecanização e a robotização, que teriam abolido as obrigações mecânicas, as tarefas de manutenção e a relação direta com a matéria que caracterizam as atividades industriais.” (DEJOURS, 2000, p.27)

“Enfim, por trás das vitrinas, há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à “cultura” ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes, os participantes ou o público etc.” (DEJOURS, 2000, p.28)

No contexto do trabalho contemporâneo, assiste-se ao crescimento de patologias associadas às formas como o trabalho está organizado, como é o caso das patologias agrupadas como LER/DORT.

1.2 LER / DORT: CARACTERIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DOS TRABALHADORES

A constatação de alterações osteomusculares associadas ao trabalho, hoje agrupadas como LER/DORT, data da época de Bernardino Ramazzini, em 1700. Ramazzini observou que até mesmo o trabalho leve, em profissões sedentárias, poderia causar lesões ósteo-articulares, como em escriturários e tipógrafos, tendo identificado três de suas causas principais: longa permanência na posição sentada, exigência de movimentos repetitivos e o sofrimento psíquico em razão da rapidez, atenção e responsabilidade exigidas nessas funções (RIBEIRO, 1997; BARROS & GUIMARÃES, 1999). Fritz De Quervain, em 1891, também descreveu um quadro clínico, o “entorse das lavadeiras” (tendinite de De Quervain), caracterizado pela inflamação dos tendões adutor longo e extensor curto do polegar (SEDA, 1982, apud ASSUNÇÃO, 1995). RIBEIRO (1997) aponta que o trabalho mecânico, cada vez mais automatizado, passou a exigir maior destreza das mãos, o que resultou na expansão e na maior frequência de LER/DORT.

Após a metade do século XX, esse caráter e essa exigência do trabalho tornaram-se universais, invadindo praticamente todas as atividades econômicas e deixando de ser um modo de adoecimento restrito a algumas categorias profissionais. A LER/DORT inclui diferentes quadros clínicos, como tenossinovites, tendinites, epicondilites, bursites, cistos sinoviais, cervicobraquialgias, mialgias e alterações com compressão de nervos (ASSUNÇÃO & ROCHA, 1993) e pode ser definida como:

“(...) afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional⁷, decorrente, de forma combinada ou não, de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; manutenção de postura inadequada.” (CODO & ALMEIDA, 1995, p.9).

Apresenta uma evolução de cinco estágios, iniciando com queixas subjetivas sem sinais clínicos (Grau I). Posteriormente, as queixas passam a ser acompanhadas de endurecimento e hipersensibilidade dolorosa (Grau II). À medida que a doença evolui (Grau III), aparecem outras manifestações, como perda da força muscular, parestesia, hipertrofia dos músculos afetados, alterações ao exame neurológico, entre outras. No Grau IV, o quadro se

agrava e surgem alterações do sistema nervoso autônomo, além de distúrbios psíquicos como ansiedade, insônia, alterações do pensamento, histeria e depressão. O Grau V apresenta distúrbios graves não apenas no trabalho, mas na vida diária (ASSUNÇÃO & ROCHA, 1993; MERLO, 2002). Vale ressaltar que esta evolução depende das especificidades de cada quadro clínico e que, além disso, o portador pode apresentar simultaneamente duas ou mais patologias, as quais podem se encontrar em estágios diferenciados.

Este grupo de patologias tem recebido diferentes denominações, como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Lesões por Traumas Cumulativos (LTC). Ainda hoje, não há um consenso quanto à melhor denominação. Para alguns autores (LIMA, 1998), o termo LER não seria adequado, pois a repetitividade não é a causa exclusiva da doença. Por outro lado, a designação LTC também não é adequada, uma vez que não faz referência às causas do surgimento das lesões. O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em sua resolução mais recente, propõe uma nova terminologia: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (tradução de *Work-Related Musculoskeletal Disorders*), cuja necessidade se deu por entender a patologia em questão como um distúrbio multifatorial, tendo como definição:

“Uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos.” (Ministério da Saúde, 2001, p.425).⁸

No Brasil, o termo LER ficou consagrado entre os trabalhadores. Do ponto de vista do trabalhador, este termo adquire uma legitimação, na medida em que denuncia o trabalho repetitivo. A repetitividade traduz a experiência vivida pelos trabalhadores e constitui a denominação que melhor identifica as causas mais visíveis da LER. Ao denunciar o caráter repetitivo do trabalho como um dos elementos decisivos para caracterizar a doença, afirma-se que um fator relativo à organização do trabalho (referente ao conteúdo da tarefa) é central para o seu entendimento (LIMA, 1998).

A LER/DORT passou a assumir relevância no contexto brasileiro a partir da década de 1980, diagnosticada inicialmente em digitadores de empresas de processamento de dados, sendo que seu reconhecimento como doença profissional data de 1987 – embora com várias restrições que obstaculizavam o reconhecimento da doença vinculada ao trabalho pela

⁷ Termo grifado neste trabalho, justamente para salientar que se trata de um grupo de patologias que têm origem ocupacional.

⁸ Neste trabalho, assim como em outros estudos sobre a temática, adota-se a nomenclatura LER/DORT, por considerar que o termo LER está consagrado entre os trabalhadores e profissionais da saúde.

legislação previdenciária. Também, no Brasil, desde o início, a ação dos trabalhadores foi fundamental para o reconhecimento da patologia como doença do trabalho, conforme apontam diversos autores (MONTEIRO, 1995; SANTORUM, 1996; MERLO, 1999).

As mobilizações dos sindicatos dos profissionais em processamento de dados foi decisiva na elaboração de uma nova versão da Norma Regulamentadora 17 (NR17), em 1990, fixando limites para as empresas onde há postos de trabalho com esforço repetitivo, ritmo acelerado e posturas inadequadas. A NR17 dedica uma seção aos problemas relacionados com a organização do trabalho, estabelecendo uma ligação direta com a doença. Segundo MERLO (1999), não se trata mais de definir as condições (físicas, químicas, biológicas, ergonômicas) potencialmente agressivas à saúde, mas de introduzir a questão da organização do trabalho.

No Brasil, as doenças profissionais são definidas pela legislação relativa aos acidentes de trabalho, com os quais deve ser estabelecida uma ligação de causa e efeito para que a doença possa ser classificada como profissional. A caracterização desta depende, obrigatoriamente, do aval dado a partir da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), pois, sob o ponto de vista legal, as doenças profissionais são associadas aos acidentes de trabalho (MERLO, 1999). Assim, a ênfase recai na perspectiva que prioriza o corpo a ser protegido dos riscos que possam danificá-lo, conservando-o em bom estado de funcionamento. Na opinião de BARROS e GUIMARÃES (1999), as Normas Técnicas Para Avaliação de Incapacidade do INSS enfatizam os aspectos biodinâmicos da LER/DORT, privilegiando uma visão mecanicista da saúde e deixando em segundo plano a reorganização da função e as conseqüências psíquicas provocadas pelo trabalho.

O diagnóstico da LER/DORT é essencialmente baseado na história ocupacional, no exame clínico detalhado, nos exames complementares, quando justificados, e na análise das condições de trabalho (ASSUNÇÃO & ROCHA, 1993; MONTEIRO, 1995). A dor, que tem início gradual, geralmente é o sintoma que leva os trabalhadores a procurar a assistência médica. O diagnóstico também deve levar em conta outros sintomas, como parestesia, edema, rigidez matinal, sensação de queimadura, de formigamento, alterações subjetivas de temperatura e perda da força (ASSUNÇÃO, 1995; LECH, et al, 1998; MERLO, 1999).

Como o diagnóstico é clínico e não pode ser confirmado, na maioria dos casos, por exames complementares, difundiu-se a idéia de que o trabalhador seria um simulador. Além disso, a dificuldade de estabelecer onexo causal da doença com a história ocupacional é uma das principais questões envolvidas no diagnóstico — o que repercute sobre aspectos

como a garantia dos direitos sociais, o tratamento, as medidas preventivas e a recolocação no mercado de trabalho.

Alguns princípios gerais para o tratamento incluem: afastamento do trabalho e das atividades domésticas, medidas ergonômicas no posto de trabalho, uso de medicações (antiinflamatórios e antidepressivos), fisioterapia, psicoterapia e terapia ocupacional (MILLER & TOPLISS, 1988, APUD ASSUNÇÃO, 1995). O afastamento temporário do trabalho é central para o sucesso terapêutico, assim como o remanejamento posterior para uma função que não exija esforços repetitivos. Como a doença tem um caráter crônico, freqüentemente significa uma impossibilidade do trabalhador retomar suas funções.

Dentre as incapacidades decorrentes da LER/DORT, SETTIMI e SILVESTRE (1995) citam a diminuição da agilidade dos dedos; dificuldade para pegar e manusear objetos, como lápis, talheres e abotoar roupas; dificuldade para manter os membros superiores elevados, como nos movimentos para estender roupas no varal, segurar apoio em ônibus, pentear cabelos; sensação de peso para carregar bolsa a tiracolo, sacolas e crianças pequenas. Apesar disso, é comum os trabalhadores buscarem atendimento médico somente quando a doença já se encontra avançada. A presença da dor no adoecimento por LER/DORT, apesar de trazer muito sofrimento, acaba sendo incorporada como algo que faz parte do cotidiano de trabalho.

Entre as repercussões subjetivas desencadeadas pela LER/DORT, estão a sensação de inutilidade e de incapacidade para o trabalho, a insegurança de se adaptar a uma nova função; a vergonha, a solidão e o sofrimento associados à invisibilidade da doença; sentimentos de culpa, de revolta, bem como a insatisfação com as limitações físicas, trazendo como consequência uma grande fragilidade quando o portador se percebe sem apoio. Resultam dessa situação quadros depressivos de intensidade variada, apresentando sintomas como: desânimo, baixa auto-estima, irritabilidade, incapacidade de visualizar perspectivas positivas e distúrbio do sono (BARROS & GUIMARÃES, 1999; SANTORUM, 1996).

Uma pesquisa (GARBIN, NEVES & BATISTA, 1998) com o objetivo de conhecer como os portadores de LER/DORT representam, significam e explicam essa patologia revelou o estigma que os trabalhadores lesionados carregam, e que redundam em sofrimento psicossocial. O problema de ser alguém improdutivo remete à questão da cidadania: estar doente significa não ser produtivo, visto que a atividade laboral fornece a base para a valorização e o reconhecimento sociais, e o portador de LER/DORT sofre um processo de exclusão.

A ameaça de LER/DORT, muitas vezes, é visualizada como um impedimento físico para o trabalho e, por conseguinte, surge a impossibilidade de o sujeito ocupar um lugar social de valor e de reconhecimento a partir do trabalho. O que efetivamente temem os portadores é a morte social, de não poder fazer o que faziam antes: trabalhar e cuidar de si e dos seus. Estar destituído dessa capacidade, ainda que temporariamente, implica sanções. Os que estão incapacitados sentem-se culpados, perdem a auto-estima e se ressentem com as incriminações explícitas e veladas, conforme apontam diversos autores (ARAÚJO, 1998; RIBEIRO, 1997; MERLO, 2002).

Alguns autores recomendam tratamentos complementares que atendam as implicações psicossociais da doença. MERLO, JACQUES e HOEFEL (2001) ressaltam a importância da abordagem grupal com portadores de LER/DORT. Ao descrevê-lo, relatam que são estimulados comportamentos de independência e autocontrole, já que uma conduta freqüente entre os portadores é a dependência e a resignação. Estes grupos, segundo os autores, têm possibilitado que o portador possa (re)aprender a utilizar seu potencial na busca de recursos para construir estratégias de saúde e, assim, lidar de forma mais autônoma com a dor crônica.

O tratamento diversificado para a LER/DORT está associado à discussão sobre a sua etiologia, que é reconhecidamente multicausal. Ainda assim, a teoria da multicausalidade é questionada, tendo em vista que mantém a concepção de que a doença é resultante de uma somatória de fatores, seguindo uma lógica linear de causa e efeito.

Diversos estudos e autores (CODO, 1995; MERLO, 1999; LIMA et al., 1998; SATO et al., 1993) apontam a gênese das patologias agrupadas como LER/DORT associada tanto às condições materiais quanto à organização do trabalho. Entretanto, as medidas preventivas adotadas por grande parte das empresas e das campanhas governamentais parecem privilegiar o primeiro grupo, em especial os equipamentos e o mobiliário, e pouca atenção é dirigida aos fatores da organização do trabalho.

Alguns elementos da organização do trabalho relacionados com a LER/DORT são: o conteúdo do trabalho, as relações interpessoais (envolvendo a hierarquia, os pares e os clientes), as exigências de produtividade, os ritmos intensos de trabalho, as jornadas extensas acompanhadas de horas-extras, a ausência de pausas adequadas, as pressões da hierarquia, a repetitividade e a monotonia das tarefas, as más condições ergonômicas e ambientais, a falta de controle sobre o processo de trabalho, além da submissão a uma organização do trabalho rígida, reduzindo drasticamente a autonomia dos trabalhadores (LIMA & LIMA, 1998).

A emergência da LER/DORT e sua disseminação estão relacionadas com as transformações que vêm ocorrendo nos últimos anos no mundo do trabalho, especialmente o aumento do ritmo de produção e as políticas internas de qualidade, estimulando a competitividade e a submissão dos trabalhadores a condições de trabalho inadequadas (BORGES, 2000). Um estudo comparativo entre a epidemia de lombalgias, na Alemanha, e a LER, no Brasil, também apresenta observações nesse sentido. Os autores (ELKELES et alli., 2000) salientam que tanto as lombalgias quanto a LER/DORT surgem no contexto da globalização, que se apresenta como uma competição, cujos vencedores serão os únicos a sobreviver no mercado. As empresas passam por reestruturações, assim como os seus processos de produção. Tais mudanças vêm acompanhadas de novas técnicas de gestão e novas tecnologias, a serviço de metas de competitividade. Isso repercute sobre os trabalhadores como pressões por maximização de produtividade e de qualidade, associadas a uma outra pressão, de exigência individual, para garantir a manutenção no emprego.

Um outro estudo (BORGES, 2000), entre caixas bancários, revelou que um importante fator para a existência de LER/DORT entre essa categoria diz respeito à forma de sociabilidade no trabalho. Neste estudo, a sociabilidade apresentou-se marcada pela divisão do trabalho, de modo que a gerência avalia o mérito e a eficiência de cada trabalhador individualmente. Esta forma de controle estimula o individualismo, a competitividade e não propicia o trabalho coletivo. Como efeito, ocorre o aumento do ritmo de trabalho, favorecendo o surgimento de LER/DORT.

Assim, as causas da LER/DORT devem ser analisadas em um quadro mais amplo que o momento visível na execução de uma tarefa, num contexto em que a apropriação do trabalho e a autonomia da ação coletiva se mostram frágeis e geradoras de sofrimento para o sujeito que trabalha (ARAÚJO, 1998). Faz-se necessário, então, considerar todas as dimensões envolvidas na sua determinação complexa, como a dimensão da realidade concreta de trabalho, a dimensão social, a dimensão biológica e a dimensão psicológica. Somente a análise de um conjunto de fatores e de suas inter-relações, além da abordagem da situação concreta de trabalho e das características pessoais do trabalhador é que poderá propiciar uma compreensão desse modo de adoecimento.

Tal abordagem da LER/DORT se contrapõem a explicações que privilegiam a dimensão psicológica para dar conta do surgimento dos sintomas entre alguns trabalhadores e não entre todos os que exercem o mesmo tipo de função. Uma explicação recorrente é aquela que considera a LER/DORT como uma conversão histérica (ALMEIDA, 1995), apontando os fatores de personalidade como os verdadeiros determinantes da doença. Outro discurso

identificado com esta abordagem é aquele que acaba sendo internalizado pelas pessoas adoecidas: quando o portador é rotulado de “obsessivo”. Segundo tais explicações, haveria um perfil psicológico na origem da doença, enquanto a importância da organização do trabalho fica negligenciada (LIMA & OLIVEIRA, 1995).

As críticas a esse reducionismo se estendem à psicossomática, pois esta abordagem desconsidera a dimensão social na gênese das doenças, ficando os conflitos intrapsíquicos como os determinantes fundamentais (LIMA, 1998). A Psicologia pode incorrer no risco de criar explicações reducionistas ao focar o indivíduo como objeto exclusivo de investigação, desconsiderando a situação concreta de trabalho, assim como os fatores econômicos, sociais e históricos envolvidos. Esse tipo de abordagem estimula o posicionamento comum, no contexto social, de culpabilização do trabalhador pela doença, tendo como consequência a atribuição da responsabilidade à pessoa adoecida, sendo mais uma fonte de sofrimento (LIMA & OLIVEIRA, 1995; SANTORUM, 1996).

Ao criticar a via especulativa das abordagens psicológicas, LIMA (1998) busca compreender a atividade concreta de trabalho e traz à tona a vivência cotidiana dos trabalhadores. O conteúdo de trabalho empobrecido aparece como um dos principais elementos para entender a forma pela qual os fatores psicológicos atuam no desenvolvimento da doença. Assim, a autora chega à questão da auto-aceleração, identificando pelo menos três elementos na sua origem: a gerência, a busca de reconhecimento e a competição entre pares. A gerência, ao personificar as exigências de produtividade e qualidade, pressiona de forma direta os trabalhadores. Para mantê-la à distância e evitar sofrer humilhações, muitos preferem acelerar seus ritmos. Ainda, a auto-aceleração pode estar relacionada com a busca de reconhecimento, assim como com a vigilância e a competição entre pares.

A auto-aceleração, sob o ponto de vista de DEJOURS (1992), decorre da necessidade de bloquear o pensamento a fim de tornar possível a realização de tarefas que exigem cisão corpo-mente. Embora discordando desta perspectiva, por defender a proposição de que sempre haverá envolvimento do aparelho psíquico na realização de qualquer tarefa (LIMA, 1998), há um consenso de que atividades repetitivas, rotineiras, simplificadas e sem sentido se apresentam como uma contradição às potencialidades humanas.

As contribuições da Psicologia no caso da LER/DORT são ferramentas importantes na compreensão não da doença, isoladamente, mas do trabalhador adoecido. Portanto, a dimensão psicológica deve ser considerada para a explicação da LER/DORT na perspectiva de que as diferenças subjetivas existem, e manifestam-se contra determinada organização do trabalho que busca o homem-padrão. A doença é uma dessas manifestações

contra modos de gestão que desconsideram a variabilidade humana, esquecendo o trabalhador como um sujeito que possui desejos, expectativas, potencialidades e ritmos próprios e cuja análise deve priorizar a relação trabalhador-trabalho (SATO et al., 1993).

Partindo-se do pressuposto de que as características psicológicas são construídas ao longo da vida, processo no qual o contexto de trabalho tem fundamental importância, faz-se necessário compreender este contexto e suas expressões nos modos de gestão enquanto constitutivos dos modos de trabalhar. Os modos de gestão configuram contextos de trabalho e lhes conferem particularidades que transparecem nos modos de trabalhar, na relação trabalhador-trabalho e nas especificidades do adoecimento.

Assim, a articulação entre a saúde e os modos de gestão, conforme apontado por CHANLAT (1995), apresenta modos de adoecer diferenciados de acordo com as particularidades do modelo de gestão. Embora sejam constatadas patologias comuns a organizações pautadas por diferentes modos de gestão, como é o caso da LER/DORT, a forma como estas patologias vão se manifestar articula-se às especificidades de cada modelo: “(...) *as pessoas que nelas trabalham (organizações) adoecem com certos métodos de gestão.*” (CHANLAT, 1995, p.126). Desse modo, faz-se necessário compreender como se articulam os modos de gestão não enfatizados pelos estudos em saúde e trabalho, como é o caso do modo tecnoburocrático, com o processo saúde/doença, em especial com a manifestação de patologias agrupadas como LER/DORT.

1.3 O MODO DE GESTÃO TECNOBUROCRÁTICO: ESPECIFICIDADES E ARTICULAÇÕES COM O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

No mundo do trabalho contemporâneo, segundo CHANLAT (1995), constata-se quatro grandes modos de gestão: o modo de gestão taylorista ou neotaylorista (incluindo o fordismo), o modo de gestão tecnoburocrático, o modo de gestão baseado na “excelência” (incluindo o modelo japonês) e o modo de gestão participativo. Embora uma mesma organização possa apresentar características referentes a modos de gestão distintos, geralmente é possível identificar um modo de gestão principal pautando a divisão do trabalho e as relações laborais. Enfatiza-se, neste estudo, o modo de gestão tecnoburocrático, que prepondera na burocracia estatal, mas que hoje se encontra disseminado em uma variedade de organizações.

O termo burocracia pode ser utilizado em vários sentidos. O uso popular do termo se refere aos processos ou atendimentos morosos, que passam por várias etapas, carimbos e assinaturas, especialmente se tais ações se dão no serviço público. Essa representação social da burocracia está relacionada com algumas características do modo de gestão burocrático, como a obediência estrita a normas e regulamentos, que, por sua vez, pode tornar as tarefas administrativas prolongadas, complicadas ou até mesmo ineficientes, ao menos do ponto de vista do usuário do serviço.

Inicialmente, o termo burocracia designava um modo de administração original, mas acabou incorporando outras conotações. Assim, quando WEBER (1964) se refere à burocracia, o faz numa acepção relativamente estrita, enquanto outros autores, especialmente os de influência marxista, referem-se a uma forma de poder bastante comum e cada vez mais predominante na sociedade capitalista (BOUDON & BOURRICAUD, 1993). Na tradição marxista, a noção de burocracia remete à relação existente entre as instituições detentoras do poder e os grupos sociais a elas subordinados, que define como uma relação social que domina os próprios responsáveis pelas decisões.

Por esse motivo, segundo tal concepção, a administração burocrática, por maior humanidade que tenha, não cumpre a sua tarefa prática, reproduzindo o fenômeno do burocratismo (BOTTOMORE, 1988). O autor chama a atenção para o fato da burocracia não ser exclusiva da sociedade capitalista, salientando que Marx e Engels cometeram um equívoco quando se referiam à futura sociedade socialista sem considerar a possibilidade de

que formações burocráticas sobrevivessem, reproduzissem a si mesmas e se tornassem dominantes, mesmo depois da abolição da propriedade privada dos meios de produção.

WEBER (1964) foi o autor que desenvolveu uma das mais importantes análises sobre a burocracia. Para o autor, a burocracia é uma forma específica de poder, através da dominação legal, um tipo de autoridade em que existem sempre princípios que tornam legítimo aos olhos do dirigente e dos dirigidos o exercício do poder. O dirigente possui a posição superior porque atingiu esse *status* através de meios considerados legais, e é assim que exerce o seu poder, através de competências fixadas por regras e leis. Para o autor, o tipo mais puro de dominação legal é aquele que se exerce através de um aparelho administrativo burocrático. A organização burocrática é a mais racional do ponto de vista técnico-formal, além de ser um instrumento inseparável da administração das massas (pessoais ou materiais). A burocracia tem na racionalidade uma de suas características mais importantes, inclusive tendo aniquilado outras formas de dominação que não tinham esse caráter racional, como a dominação tradicional e a carismática.

A burocratização é o procedimento de transformar uma ação comunitária em uma ação societária racionalmente ordenada. Enquanto instrumento da socialização das relações de dominação, tem sido um recurso de poder de primeira ordem para aquele que dispõe do aparato burocrático, uma vez que a ação societária metodicamente ordenada é superior a toda “ação comunitária”. Nesse sentido, na opinião de MOTTA (1989), a organização burocrática é uma forma de exercer controle social, através dos padrões impostos pela classe dominante, cujo papel não se resume à produção de capital, de serviços e de idéias; tampouco se atém à reprodução da força de trabalho. Seu papel social se manifesta no exercício do controle social mediante relações de poder, que são sempre relações entre desiguais e que trazem em si os aspectos que garantem a reprodução das relações dominante-dominado, tanto na grande estrutura social quanto na organizacional.

Sob esta perspectiva, entende-se que a organização burocrática não é escolhida pelos capitalistas somente em função de sua técnica, mas porque é o meio mais seguro de manter o controle sobre a renda gerada na produção e de evitar que os trabalhadores adquiram iniciativa para se dedicarem a uma produção cooperativa própria ou para desafiar a hegemonia dos capitalistas e dos burocratas.

“A eficiência da burocracia está, portanto, fundamentalmente na sua capacidade de controle social. Os capitalistas e os burocratas conseguiram vender tão bem a idéia de uma impossibilidade de outro sistema, que temos dificuldade em imaginar um sistema de controle operário, um sistema de rotatividade de tarefas, um trabalho mais

digno porque dotado de sentido. Isto é visto como utópico porque contraria os interesses dominantes.” (MOTTA, 1989, p.77).

O caráter racional das organizações burocráticas é tão importante que MORGAN (1996) referiu-se às burocracias como aquelas organizações planejadas como se fossem máquinas. A maioria das organizações, até certo ponto, pode ser considerada burocratizada devido ao pensamento mecanicista subjacente aos conceitos de tudo aquilo que sejam as organizações. Fala-se de organizações como se fossem máquinas e, conseqüentemente, existe uma tendência em esperar que operem como máquinas: de maneira rotinizada, eficiente, confiável e previsível.

A organização-máquina também foi pensada por WEBER (apud MORGAN, 1996) ao traçar paralelos entre a mecanização da indústria e a proliferação de formas burocráticas de organização. Weber observou que as formas burocráticas rotinizam os processos de administração exatamente como a máquina rotiniza a produção. Nesse sentido, a burocracia é entendida como uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos.

Os ‘serviços de escritório’, incluindo as atividades administrativas do setor público, sofreram sensíveis transformações ao longo do século XX. Incorporaram a lógica do modelo taylorista/fordista sob forte influência dos princípios da administração fayolista (MERLO, 1999). Fayol, contemporâneo de Taylor e um dos representantes da chamada Administração Científica, preocupou-se, preponderantemente, com os aspectos administrativos, atribuindo importância ímpar à hierarquia, à disciplina, à obediência e à profissionalização das tarefas.

A burocracia se expressa enquanto modo de gestão comum na atualidade, especialmente no serviço público. Por modo ou método de gestão, de acordo com CHANLAT (1995), considera-se o conjunto de práticas administrativas executadas pela direção de uma empresa a fim de atingir os seus objetivos. A seguir, estão descritas as principais características do modo de gestão tecnoburocrático⁹. Vale ressaltar que tais características nem sempre estão presentes na sua totalidade em uma determinada organização, e podem se apresentar em graus variados nos diferentes contextos laborais.

⁹Essas características foram baseadas nas seguintes fontes: CHANLAT (1995), MOTTA (1989) e WEBER (1964).

- Estabelecem-se normas estritas que definem relações de mando e subordinação. Tais normas são racionais (coerentes com os fins visados) e legais (conferem à autoridade poder de coação).

- A administração dos cargos baseia-se na existência de documentos escritos, que constituem arquivos. A regulamentação escrita é onipresente; as regras, normas e leis a ser obedecidas devem estar documentadas.

- O regulamento administrativo fixa atribuições oficiais, ordenadas mediante regras que definem a distribuição das atividades necessárias para cumprir os objetivos. Para tanto, tomam-se medidas com vistas à nomeação de pessoas com atitudes bem determinadas. Os funcionários possuem funções rigorosamente fixadas, com responsabilidade apenas para os deveres objetivos do cargo.

- Constitui-se uma hierarquia de mando e subordinação, em que os postos superiores exercem uma rigorosa supervisão sobre os inferiores. A pirâmide hierárquica é desenvolvida, de forma que cada funcionário tem um único superior imediato e uma esfera de competência bem delimitada em relação a tarefas, direitos e deveres. Não existe autonomia quanto à participação no processo administrativo. Isto não significa que não existe possibilidade de liberdade de ação, mas indica que tal liberdade está limitada pela posição na pirâmide organizacional. Quanto mais inferiores os patamares da pirâmide, menor é a autonomia.

- O reconhecimento dos funcionários está vinculado primeiramente em relação ao nível hierárquico, e logo, segundo a responsabilidade do cargo.

- É conferida grande importância aos especialistas. Existe um treinamento especializado para o desempenho das atividades administrativas. O saber profissional especializado é o grande instrumento da administração burocrática, que significa dominação graças ao *saber*. Além do poder condicionado pelo saber da especialidade, existe o poder através do saber de *serviço*: conhecimento adquirido no cotidiano. Ligado a isso temos o conceito de “segredo profissional”. A burocracia tem no segredo uma de suas armas fundamentais, sendo uma forma de monopolizar o conhecimento a serviço das relações de dominação. O segredo é mantido através de uma hierarquia que controla as informações.

- A qualificação profissional fundamenta os processos de nomeação dos cargos. A dominação burocrática se oferece na forma mais pura quando rege com mais força o princípio da nomeação. Uma hierarquia de funcionários eleitos não existe com o mesmo sentido que uma hierarquia de funcionários nomeados. A disciplina e a autoridade não

alcançam a mesma severidade em uma situação na qual tanto o funcionário subordinado como o superior dependem de uma eleição.

- Há uma divisão do trabalho parcelada, segundo critérios objetivos, distribuindo as funções entre funcionários especializados e que vão sendo treinados com a prática constante. Assim, ocorre a divisão do trabalho pela separação entre os que executam e os que planejam, dirigem e controlam. A história da burocracia é, em grande medida, a história do divórcio entre trabalho manual e trabalho intelectual.

- As atividades são distribuídas de acordo com os meios e os fins visados pela organização, seguindo as regras racionais e impessoais. Impessoalidade de tratamento na organização, feita em termos de cargos e de funções, e não centralizado em pessoas.

- Através da hierarquia, voltada para o controle e a vigilância, impõe-se a disciplina, através de controles sofisticados, e garante-se submissão. Essa disciplina é orientada para o aumento da produção e a diminuição de custos.

- A autoridade é legal, ou seja, a probabilidade de que um membro seja obedecido se deve ao conjunto de normas consideradas legítimas pelos subordinados. Isso difere da autoridade tradicional, em que as ordens são aceitas em função dos hábitos e costumes de obediência, e também difere da autoridade carismática, em que a obediência se dá pela influência da personalidade do superior. Portanto, na autoridade legal, a obediência é ao conjunto de regras, e não à pessoa representante da autoridade — impessoalidade e formalismo.

- Há separação da propriedade e da administração. Os recursos necessários para desempenhar as tarefas administrativas não são propriedade dos burocratas. O profissional responsável pela gestão é um especialista, e não um capitalista. A burocracia implica na separação rígida entre bens privados e bens públicos.

- Os funcionários são retribuídos com salários fixos e não por produtividade. Constata-se uma tendência à perpetuação do cargo (estabilidade).

- O recrutamento do funcionário ocorre segundo critérios universalistas, geralmente através de um concurso público. Em geral, a mudança de cargo somente pode ser feita através da realização de um novo concurso.

- Há uma previsibilidade do comportamento de seus membros, os quais se comportam de acordo com as normas. Como consequência, a organização informal surge da impossibilidade de padronização total do comportamento humano.

A partir das características da organização burocrática, é possível perceber que a racionalidade está presente em todos os seus aspectos, funcionando como um elemento central na burocracia. Como bem assinalou TRACTEMBERG (1989), a racionalidade é o maior teste de eficiência de uma unidade produtiva, seja em empresas socialistas ou em multinacionais capitalistas. Em vista disso, pode-se compreender por que as organizações burocráticas foram equiparadas ao funcionamento das máquinas, pois a imagem da máquina como um conjunto tecnicamente organizado traduz os preceitos dessa racionalidade.

A esse respeito, WEBER (1964) refere que a administração burocrática é a forma mais racional de se exercer uma dominação, e o faz nos seguintes sentidos: precisão, continuidade, disciplina, rigor, previsibilidade, possibilidade de cálculo, aplicabilidade formal universal a toda espécie de tarefas e suscetibilidade técnica de perfeição para alcançar a máxima eficácia dos resultados. Weber também aponta que, devido a suas características, a burocracia constitui uma das organizações de mais difícil destruição. TRACTEMBERG (1989) salienta que tais organizações, complexas e conservadoras, resistem à mudança. Para um sistema estritamente baseado em normas e regulamentos, tudo aquilo que visa a mudança é visto como desordem, como agressão a essa ordem estabelecida e cristalizada pela organização burocrática.

No modo de gestão tecnoburocrático, o trabalhador está, antes de tudo, submetido ao império da norma e aos limites que a mesma fixa para as suas atividades. Tal modo de gestão, a fim de controlar a incerteza e reduzir o arbitrário, fundamenta-se na noção de um *Homo Rationalis* destituído de paixão (CHANLAT, 1995). Assim como o taylorismo transformou o trabalho em algo mecânico e automático, o enfoque burocrático tem potencial para “rotinizar” e “mecanizar” o trabalho e a vida. A diferença do modo de gestão taylorista é que, além da mecanização, a burocracia exige um funcionamento racional, exigência que corrói o espírito humano e a capacidade de ação espontânea (MORGAN, 1996).

A burocracia retira do trabalhador o poder de decisão, a iniciativa e a responsabilidade de seus atos e, segundo PAULON (1994), o burocrata é um trabalhador sujeito a um processo de trabalho que o des-subjetiva. O aspecto da alienação também é problematizado por MOTTA (1989) ao observar que, por mecanismos de divisão, cria-se uma situação de alienação social. A divisão técnica especializada no nível do cargo de trabalho, que é uma separação tida como indispensável ao funcionamento da burocracia, engendra uma série de outras separações: separação entre o homem e os instrumentos de produção; separação entre o trabalhador e o produto de seu trabalho; separação entre cada membro da

organização; separação ao nível da atividade, pois não é o trabalhador que a define; separação no tempo da atividade, que é um dado quantificado regulador da conduta.

Tais separações revelam um mundo de trabalho caracterizado pela produção de objetos e de relações que não remetem a um processo criador, na medida em que submetem o trabalhador ao “império da norma” e o tornam estranho a seus desejos. Desse modo, na organização burocrática, a alienação diz respeito a uma configuração na qual as pessoas não falam em seu nome e não são incluídas no processo de decisão (MOTTA, 1989). Em outras palavras, obedecer sem consentir significa proceder conforme gestos automáticos, despidos de vínculos com valores sociais ou pessoais, gestos estes que seriam inaceitáveis caso o sujeito dispusesse da liberdade de agir e pensar. Ao abrir mão de pensamentos próprios em benefício da máquina e em prol do grau de eficiência necessário para a burocracia, aniquila-se a idéia de indivíduo, pondo no lugar a idéia de funcionário obediente aos regulamentos e dedicado à administração. Esta noção de aniquilamento do indivíduo é originária de ARENDT (1998), tendo sido retomada por COSTA (1991).

O autor acima observa que a adesão cega e obediente do burocrata aos regulamentos (os quais quase sempre têm o valor de lei), e a assombrosa anestesia diante das necessidades dos indivíduos é um aspecto comum a qualquer variante do fenômeno burocrático. Além disso, a impessoalidade da organização burocrática implica a construção de um mundo social fantasmagórico, regido por forças ou ordens que emanam de “Ninguém”. Na burocracia, tem-se o domínio de “Ninguém”, ou seja, o domínio de um sistema de departamentos no qual nenhum homem pode ser considerado responsável pelas ações da organização, pois estas se dão conforme ordenam as normas, os regulamentos, os cargos, as funções etc.

A obediência estrita às regras funciona como o próprio controle administrativo sobre o processo de trabalho; controle que reduz o nível de competência profissional à execução de regulamentos, enrijecendo o trabalho. Nesse sentido, segundo a opinião de MOTTA (1989), até mesmo o treinamento prolongado dos funcionários gera uma incapacidade treinada. Tal rigidez pode manifestar-se na dificuldade do cumprimento das metas da organização, que acabam deslocadas frente às normas rígidas de funcionamento, bem como na resistência à mudança. Muitas vezes, estas situações terminam por assumir a forma de ineficiência da organização — o que cria um paradoxo, pois o objetivo da administração burocrática é justamente atingir a eficiência máxima da “máquina”.

Por fim, não se pode deixar de apontar as repercussões do caráter autoritário sobre as relações sociais na organização. Uma vez que as decisões e os sistemas de controle

são estabelecidos “de cima para baixo” na pirâmide hierárquica, esse sistema administrativo autoritário é responsável pela criação de resistências, pela dificuldade de convívio social solidário, em maior ou menor escala, e pelo isolamento de seus membros, transformando os trabalhadores em indivíduos desprovidos do poder de agir socialmente (COSTA, 1991; MOTTA, 1989).

O controle sobre o processo de trabalho é uma dimensão de extrema importância quando se concebe o trabalho enquanto construção e transformação. Ao modificar a natureza, o trabalhador coloca em ação suas energias físico-musculares e mentais e, nesse intercâmbio, ele transforma a si mesmo, ao imprimir um projeto já idealizado, atribuindo um significado ao seu próprio trabalho (LIEDKE, 2002a).

Os elementos básicos de todo processo de trabalho são a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, o objeto de trabalho e os meios de trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989). Nesse sentido, ao discorrer a respeito do controle sobre o processo de trabalho, isso não se refere ao controle sobre os meios de produção, pois o trabalhador não possui a propriedade sobre tal.¹⁰ Portanto, a análise do controle sobre o processo de trabalho na burocracia diz respeito ao trabalho propriamente dito, enquanto atividade dirigida a um fim, enquanto processo corporal, enquanto expressão concreta de determinada relação através da organização e divisão do trabalho.

Como observou SATO (1997), estudos sobre a relação trabalho/saúde indicam que o grau de controle dos trabalhadores sobre o trabalho é um importante elemento explicativo de diversos problemas de saúde. Tais estudos têm demonstrado diversas doenças, como problemas gastrointestinais, descargas de adrenalina, alterações da pressão arterial, doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares e doenças mentais. O controle diz respeito àquela dimensão do trabalho que pressupõe um espaço de ação para o indivíduo se movimentar, ou seja, refere-se à liberdade da tomada de decisão e à possibilidade das pessoas regularem seus mundos. A autora acima aponta que, para que possa haver esse controle, é preciso que exista familiaridade com as atividades de trabalho, poder para identificar e interferir no replanejamento do trabalho, bem como conhecimento e respeito ao limite subjetivo.

¹⁰ Quando se fala em controle sobre o processo de trabalho, faz-se necessário ter a clareza de que o trabalho, na sociedade capitalista, está caracterizado pela venda da força de trabalho. O trabalhador emprega sua força de trabalho, não tendo acesso ao controle sobre o processo de trabalho. O processo de trabalho passa a voltar-se não mais para a produção de valores de uso, mas de valores de troca, como processo capitalista de produção de mercadorias (LIEDKE, 2002a).

Nesse sentido, o controle sobre o processo de trabalho na organização burocrática encontra-se extremamente limitado, na medida em que o mundo do trabalhador não é regulado por ele mesmo, mas pelo império da norma. E, além disso, a possibilidade de modificar essas normas é muito remota, uma vez que são elaboradas pelo alto da pirâmide hierárquica. O trabalhador não tem poder de decisão; restando-lhe a obediência. Nas palavras de COSTA (1991), o humanamente útil ou humanamente ético, na burocracia, é o mesmo que aplicar regulamentos.

Quanto menos homens e mais “robôs”, mais bem sucedido é o trabalho na organização burocrática. Como resultado dessa obediência, o trabalhador não consegue alcançar uma correspondência com a dimensão transformadora do trabalho, ele só consegue estabelecer uma relação de manutenção da própria burocracia. A dúvida, o novo e o imprevisto são banidos, de modo que o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho é muito restrito, visto que esse controle é feito justamente pela burocracia. O significado do trabalho, advindo da possibilidade de controle, pode ser observado a seguir, em um exemplo extraído do trabalho de PAULON (1994):

“Não sei, não. Aqui na rua eu gosto do meu trabalho porque a gente vê a comunidade satisfeita quando se tapa um buraco. Eu levo medo quando abrem os processos pra pedir isso. Lá onde os buracos viram papel nada mais acontece.” (PAULON, 1994, p.5)

Este depoimento é de um funcionário público da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, referindo-se à possibilidade de ser transferido para um setor administrativo. Expressa justamente a imobilidade do trabalho burocrático e a impossibilidade de criar. Em vista do grau reduzido de autonomia, ocorre a ruptura da complexidade do circuito sujeito-objeto-significado, podendo implicar em sofrimento e doença. CHANLAT (1995) faz uma relação entre o modo de gestão tecnoburocrático e a saúde dos trabalhadores, observando que os trabalhadores às voltas com esse método de gestão estão expostos a uma mensagem contraditória e difícil de ser superada: fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo. Esse paradoxo está na origem de numerosos problemas, como, segundo o autor, o esgotamento profissional, doenças cardiovasculares, fadiga crônica, insônia e úlceras.

Uma outra saída frente à ruptura do circuito sujeito-objeto-significado diz respeito à possibilidade do trabalhador ou do coletivo de trabalhadores reapropriar-se do trabalho. Partindo do princípio de que a organização do trabalho não incide sobre o trabalhador simplesmente como numa relação estímulo-resposta, alguma tentativa de reapropriação tem de ocorrer. Como salientado por MELLO (1998), dentro de uma determinada organização as pessoas se mantêm como pessoas; não se transformam em

máquinas, e acabam conseguindo, de algum modo, construir jeitos de escapar e de sobreviver, apesar do controle exercido sobre elas.

SATO (1997) pesquisou justamente a situação do replanejamento negociado no trabalho como uma possibilidade de exercer o controle sobre o processo de trabalho. Portanto, este é um outro aspecto da relação trabalho e saúde que merece ser pensado a respeito da organização burocrática. Parte-se do princípio que não é possível ao homem ser totalmente padronizado. Então, como se possibilita a resistência à homogeneização produzida pela organização burocrática? A esse respeito, PAULON (1994) analisa a questão do usuário externo do serviço público como aquele que

“(...) aparece no discurso dos trabalhadores como disparador de heterogênesse capaz de operar a necessária distinção entre o funcionário peça da engrenagem de uma máquina burocrática que funciona – e o trabalhador que deve resposta a uma população com quem se relaciona.” (PAULON, 1994, p.69)

Assim, o usuário externo constitui-se em um elemento que instiga o trabalhador, mobiliza sua inteligência e criatividade, pois traz a dúvida e o imprevisto. Criase, dessa forma, um espaço para a apropriação do trabalho. Esse exemplo é válido para pensar na necessidade de se dispor de algo que quebre a rotina do trabalho burocrático. Entretanto, não são todos os funcionários da organização burocrática que tem contato com o público externo, ou mesmo com algum elemento que o instigue e que o coloque na situação de iniciativa e decisão. Pode-se pensar que, quanto mais o trabalho se distancia das atividades fins da instituição, menor é a possibilidade de controle e de introdução do *diferente* no cotidiano de trabalho.

NEVES (2000), ao estudar as relações de trabalho e a dinâmica organizacional do serviço público, observou que existe, de fato, a imposição de normas e regulamentos fixos. Entretanto, observou também que existe uma espécie de cultura da flexibilização da norma: a cultura do “jeitinho brasileiro” está presente no serviço público, e poderia ser definida como a maneira original do brasileiro harmonizar a regra jurídica¹¹ e as práticas da vida. Assim, na organização do serviço público, existiria uma “dupla flexibilização da norma”: a liberalidade com que se criam normas e leis que, de antemão, sabe-se que não serão cumpridas; e a flexibilização das normas através de práticas sociais diferenciadas.

Não só no modelo tecnoburocrático, mas, de modo geral, nenhuma instituição consegue evitar a defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Se todos os

¹¹ A regra jurídica na burocracia inclui não só as leis de fato, mas também as normas e os regulamentos - que muitas vezes acabam assumindo o caráter de lei.

trabalhadores cumprissem à risca as instruções, possivelmente não haveria produção. As organizações funcionam quando os trabalhadores usam artimanhas, macetes, truques; quando se antecipam, quando se ajudam mutuamente, segundo princípios de cooperação que eles inventam. Estes macetes constituem verdadeiras regras de trabalho, que possuem uma articulação coerente e serão os verdadeiros reguladores para a atividade e para a administração das dificuldades encontradas na execução do trabalho (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994; DEJOURS, 2000).

Segundo CROZIER (1981), ao acumular tarefas, além de exercer uma reação afetiva (desejo de quebrar a monotonia), os trabalhadores procuram atingir objetivos racionais. Constituir reservas proporciona, efetivamente, a margem de segurança necessária para poder dispor de uma certa liberdade de ação dentro dos limites das regras. Essa liberdade lhes permite entregar-se a atividades mais pessoais, ou organizar o trabalho de forma a dominá-lo mais um pouco. Exibir sua independência é extremamente necessário, no sentido de poder usá-la como um elemento de negociação, embora haja um risco de dar motivos à direção para uma racionalização ainda maior. Daí o caráter ambíguo dessas práticas e a necessidade da manutenção do controle das informações e do segredo.

Compreender o funcionamento dos modos de gestão inscritos nos espaços laborais, assim como os modos de trabalhar aí engendrados, constitui-se em ação indispensável para entender a complexa articulação entre trabalho, saúde e doença. Hoje, reconhece-se a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, em que assumem uma importância ímpar a organização do trabalho e os modos de gestão, como assinalado por CHANLAT (1995). Neste cenário, a disseminação da LER/DORT, como um conjunto de patologias que cresce nas estatísticas, é reconhecidamente determinada, entre outros, pelos aspectos organizativos do trabalho. Assim, na busca de estratégias preventivas, informativas e terapêuticas eficazes, os estudos devem contemplar, em especial, a compreensão de como se articulam modos de ser, modos de trabalhar, modos de gestão e modos de adoecer.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O conhecimento científico é considerado, na sociedade ocidental, como a forma hegemônica de *saber*, sendo visto por muitos, segundo MINAYO (2001), como um novo mito, na medida em que assume a pretensão de se constituir na principal referência dos critérios de verdade. Entretanto, partindo-se do pressuposto de que a própria ciência é uma prática social, construída historicamente, chega-se a uma definição de ciência enquanto apenas um dos tantos modos possíveis de se ver a realidade. Assim, não há um objeto científico ‘natural’: a ciência trabalha com uma realidade construída, na medida em que é fruto da experiência que o sujeito estabelece com o mundo. Desse modo, considera-se que o conhecimento produzido pela ciência não é ‘verdadeiro’ ou ‘representa’ a realidade, apenas é eficaz para as finalidades que persegue.

A realidade é uma totalidade complexa, de modo que as ciências fazem recortes desse todo, através de métodos e objetos diferenciados (VÍCTORA, KNAUTH & HASSEN, 2000). Assim, a ciência encontra-se permeada de conflitos e contradições, dentre os quais o debate a respeito da cientificidade das ciências sociais em comparação às ciências naturais. Enquanto algumas correntes buscam uma aproximação com as ciências da natureza, outras reivindicam a especificidade das relações sociais e do campo humano.

“(...) será que, buscando a objetivação própria das ciências naturais, não estaríamos descaracterizando o que há de essencial nos fenômenos e processos sociais, ou seja, o profundo sentido dado pela subjetividade?” (MINAYO, 2001, p.11)

As ciências sociais caracterizam-se por incorporar as questões políticas, sociais e humanas à produção do conhecimento, revelando a impossibilidade de separar sujeito e objeto. Nas ciências sociais, há uma identidade entre sujeito e objeto; de algum modo, o pesquisador não deixa de ser ele mesmo parte de sua investigação. Além disso, como assinala

MINAYO (2001), é inegável a veiculação ideológica da ciência, em geral, mas especialmente das ciências sociais, pois, devido à natureza do seu objeto de investigação, a visão de mundo do pesquisador encontra-se implicada no processo de conhecimento.

Também é preciso destacar a historicidade do objeto nas ciências humanas e sociais. Os fenômenos sociais estão delimitados no tempo e no espaço, num processo constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Daí decorre a dinâmica, a especificidade e a provisoriedade das questões sociais, bem como a impossibilidade de sua reprodução em laboratório (experimentação) e de sua generalização. Por outro lado, isso nada tem a ver com a falta de rigor metodológico das ciências humanas ou das abordagens qualitativas. Nesse sentido, SPINK e LIMA (2000) salientam que, nesta forma de entender a ciência, o rigor metodológico passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação, de modo a propiciar o diálogo.

Portanto, trata-se de uma ciência com pressupostos e critérios de verdade distintos do conhecimento tradicionalmente denominado de ciência, ligado a uma concepção positivista. O fato de não se apoiar em experimentações, generalizações e informações estatísticas não torna as ciências sociais especulativas, pois possuem uma validade conceitual que contribui para o desenvolvimento do pensamento científico. Em geral, esta concepção de ciência social orienta-se pelas abordagens qualitativas, na medida em que a vida social está permeada de significados. A pesquisa qualitativa tem origem na tradição dos estudos antropológicos da investigação etnográfica, processo no qual o investigador tem uma participação ativa no meio onde se desenrola a pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). Conforme salientado por este autor, o que diferencia a etnografia dos enfoques quantitativos e experimentais é a capacidade de autocorreção do método, de *feedback*, de avançar adaptando-se às circunstâncias que se apresentam no campo em estudo, guiando-se por hipóteses novas.

Entretanto, conforme assinala ESTRAMIANA (1995), embora as abordagens qualitativas sejam uma tendência nas pesquisas em ciências sociais, uma concepção histórica da conduta e das formas de conhecimento não é uma questão, necessariamente, ligada a uma determinada abordagem metodológica. Somente a pluralidade, tanto metodológica quanto das técnicas de investigação, pode levar a um conhecimento mais complexo. Entende-se que diferentes teorias e métodos se tornam necessários e complementares, rompendo o dilema de evocar *um* objeto e *uma* unicidade para dar conta do real. Assim, a dicotomia teoria/prática passa a ser refutada e acredita-se na complementaridade entre os métodos quantitativos e qualitativos (KUDE, 1992).

Neste estudo, empregaram-se diversos procedimentos de coleta de dados, com inspiração na abordagem empreendida por Le Guillant em seus estudos pioneiros sobre saúde mental e trabalho. Na perspectiva de LIMA (2002), Le Guillant, na busca de uma aproximação ao objeto de pesquisa, apoiava-se em uma grande variedade de evidências empíricas, tais como documentos, questionários, entrevistas e observações. Ele também buscava informações em sindicatos, serviços médicos das empresas, dados estatísticos diversos, literatura técnica sobre o tema estudado e literatura em geral. Assim, a partir dos fundamentos que sustentam a abordagem metodológica, constituiu-se o objeto de pesquisa, cujos objetivos e questões norteadoras propõem os procedimentos de coleta e análise dos dados.

2.1 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS

Objetivo geral

- Compreender as articulações entre o modelo tecnoburocrático de gestão e a manifestação de patologias do grupo LER/DORT no âmbito do serviço público.

Objetivos específicos

- Conhecer as trajetórias vividas pelos trabalhadores portadores de LER/DORT da instituição alvo deste estudo, suas particularidades e semelhanças com a manifestação dessa patologia em outros contextos laborais;

- investigar os procedimentos adotados pelos trabalhadores e pela instituição alvo deste estudo frente à manifestação de patologias do grupo LER/DORT entre seu corpo funcional e suas implicações no cotidiano de trabalho;

- caracterizar as políticas referentes à Saúde do Trabalhador adotadas pela instituição pesquisada.

Questões norteadoras

Nas abordagens qualitativas em ciências sociais, as tradicionais hipóteses de pesquisa são substituídas pelas questões norteadoras. Estas caracterizam-se pela maior flexibilidade e abrangência em comparação às hipóteses e, portanto, apresentam maior consonância com os fundamentos e objetivos da pesquisa social. Propõem-se como questões norteadoras:

- Como se articulam as características do modo de gestão tecnoburocrático com o processo de adoecimento dos servidores com patologias agrupadas como LER/DORT?

- Quais as trajetórias do processo de adoecimento entre os portadores de patologias agrupadas como LER/DORT no contexto estudado?

- Quais os procedimentos adotados pelos trabalhadores e pela instituição frente à manifestação de patologias agrupadas como LER/DORT?

2.2 MODO DE INVESTIGAÇÃO

O modo de investigação adotado para esta pesquisa foi o estudo de caso, inspirado na descrição de YIN (1994). Este autor aponta que os estudos de caso vêm sendo amplamente utilizados em dissertações e teses da área das ciências sociais, tanto nos estudos acadêmicos como em suas aplicações. O estudo de caso tem como finalidade aprofundar o estudo de uma determinada realidade, com propósitos descritivos, exploratórios e/ou explicativos (YIN, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

O estudo de caso da presente pesquisa foi realizado em um órgão público federal¹², localizado na região metropolitana de Porto Alegre. Esta instituição foi escolhida por sua organização do trabalho notadamente inserida no modo de gestão tecnoburocrático, bem como pelo conhecimento prévio¹³, por parte da pesquisadora, de casos de servidores¹⁴ técnico-administrativos portadores de LER/DORT nessa instituição.

Empregaram-se diversos procedimentos para a coleta de dados empíricos: análise de prontuários dos servidores afastados por doenças osteomusculares; entrevistas com portadores de LER/DORT; observações de contextos laborais; contatos com órgãos e pessoas-chave representativos da instituição e da organização sindical; observações de eventos sobre saúde e segurança ocupacional; análise de documentos legais referentes à saúde do trabalhador; pesquisa e leitura de estudos realizados na instituição sobre a saúde dos servidores.

O levantamento das doenças osteomusculares dos servidores técnico-administrativos, junto ao órgão encarregado da notificação e diagnóstico (setor de Perícia Médica¹⁵), compreendeu o período de 2000 e primeiro semestre de 2001. Após alguns meses de negociação com a direção deste setor, foi permitida a análise dos prontuários destes

¹² A instituição será descrita no capítulo seguinte.

¹³ Este conhecimento prévio provem de um estágio em Psicologia do Trabalho realizado na instituição.

¹⁴ Este estudo utiliza a palavra *servidor* e não *trabalhador* por ser a forma como a instituição se refere ao seu quadro funcional. A própria nomenclatura dos documentos institucionais sobre acidentes e doenças do trabalho utilizam a expressão “acidente em serviço”. A diretora de um setor ligado à saúde ocupacional justifica: “*Nós somos servidores públicos, nós não temos trabalho, nós temos serviço.*” Entretanto, não há um consenso quanto ao uso do termo, pois o movimento sindical da categoria já apresentou propostas de mudança da nomenclatura para *trabalhadores*, ao invés de *servidores*.

¹⁵ Ao longo deste trabalho, o termo Perícia Médica, escrito com iniciais maiúsculas, se referirá a este departamento da instituição, enquanto o termo perícia médica, em minúsculas, se referirá à ação desempenhada, à perícia propriamente dita.

servidores que haviam sido afastados do trabalho no período referido¹⁶. Procedeu-se uma análise destes prontuários a partir das categorias: sexo, idade, categoria funcional, setor de trabalho, diagnóstico segundo o Código Internacional de Doenças (CID), datas e número de consultas, tempo de afastamento do trabalho e encaminhamento funcional. Além das informações registradas pelo corpo médico da perícia, foram analisados os exames laboratoriais e os laudos médicos de serviços externos à instituição anexados ao prontuário.

A partir da identificação dos servidores com diagnósticos que apontavam para a inclusão de suas patologias no grupo LER/DORT, foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com estes servidores, a fim de captar o significado atribuído ao processo de adoecimento e suas relações com o cotidiano de trabalho. Nove servidores portadores de LER/DORT foram selecionados para participar das entrevistas, a partir de sua identificação na Perícia Médica e através de indicações do órgão sindical.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas utilizando-se um roteiro norteador¹⁷ e gravador. Os aspectos a serem abordados na entrevista foram formulados a partir do referencial teórico e das questões norteadoras da pesquisa. Nesta classe de entrevista, os questionamentos básicos iniciais oferecem um amplo leque de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas. Nesse sentido, como assinala TRIVIÑOS (1987), o informante participa na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A escolha dos participantes seguiu o critério da amostragem intencional (GIL, 1999). Assim, privilegiou-se a escolha de servidores que apresentam um longo histórico de patologias ligadas à LER/DORT, procurando diversificar fatores como a natureza da função, o nível hierárquico do cargo e o setor de trabalho – não com o intuito de alcançar uma representatividade estatística, mas a fim de conhecer a realidade de diferentes contextos laborais da instituição e de dar oportunidade a que diferentes situações pudessem emergir no processo de investigação.

O número de participantes das entrevistas seguiu o critério de saturação dos dados. De acordo com MINAYO (1992), nas pesquisas qualitativas o critério de amostragem não é numérico, pois não há uma preocupação com a generalização, e sim com o aprofundamento e a abrangência da compreensão dos dados:

“(...) uma abordagem qualitativa: a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b)

¹⁶ Havia uma grande preocupação, por parte do setor de Perícia Médica, em divulgar as informações contidas nos prontuários, tanto que somente foi possível a análise dos mesmos após registro em processo administrativo notificando a pesquisa referente a esta dissertação e o comprometimento com o sigilo dos dados obtidos.

¹⁷ Roteiro de entrevista individual em anexo.

considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; c) entende que na homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; d) esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informantes contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.” (MINAYO, 1992, p.102)

As informações dos prontuários e das entrevistas foram complementadas com observações dos contextos laborais, contatos formais e informais com pessoas-chave da instituição e do órgão sindical, participação de reuniões sindicais e de eventos ligados à saúde do trabalhador promovidos pela instituição, em conjunto com movimentos dos servidores. Esta inserção foi de extrema importância, pois possibilitou a obtenção de informações derivadas de um outro lugar institucional. Assinala-se a complementaridade dos dois caminhos percorridos para a coleta de dados: de um lado, o acesso formal à instituição através do órgão de Perícia Médica e, de outro, o acompanhamento das reuniões sindicais sobre saúde do trabalhador. Assim, o trabalho de campo constituiu-se em um constante ir e vir entre todas essas fontes de informações, propiciando uma aproximação progressiva ao objeto de estudo.

A análise foi construída mediante um ir e vir entre todas as informações obtidas no trabalho de campo, segundo a característica da pesquisa qualitativa, em que a coleta de dados e a análise não são divisões estanques (GOMES, 2001; TRIVIÑOS, 1987). As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, segundo uma adaptação da proposta de BARDIN (1979) aos propósitos desta pesquisa. Segundo BARDIN (1979), a análise de conteúdo não é propriamente um instrumento, mas um conjunto de técnicas de análise das comunicações que depende do tipo de fala a que se dedica e do referencial teórico subjacente, devendo ser adaptada ao objetivo pretendido. A categorização, codificação e classificação são procedimentos indispensáveis, mas inúteis sem o domínio dos conceitos das teorias que alimentam o conteúdo das mensagens.

Propõe-se com este estudo uma “generalização analítica” – termo proposto por YIN (1994) para designar a articulação dos dados obtidos com a teoria. Ou seja, não existe o objetivo de que os achados sejam generalizáveis para populações, mas que as sínteses possam alcançar generalizações teóricas e analíticas (HAMMERSLEY, 1992, apud SATO, 1997). A análise de dados se constituiu de três fases: pré-análise, descrição analítica e interpretação. Com base em BARDIN (1979) e GOMES (2001), procedeu-se uma leitura inicial de todo o material disponível (entrevistas, documentos, anotações de observação livre). Após, este

material foi submetido a uma análise aprofundada orientada pelas questões norteadoras, estabelecendo procedimentos de categorização. Desta análise, surgiram as categorias vinculadas aos diferentes aspectos do problema em estudo: a articulação trabalho e saúde, a trajetória de adoecimento dos portadores de LER/DORT e as especificidades do modo de gestão tecnoburocrático. Por último, realizou-se uma interpretação, estabelecendo relações entre as categorias e entre estas e os fundamentos teóricos.

3 APRESENTAÇÃO DO CAMPO

Na apresentação do campo investigativo articulam-se duas vertentes: a instituição estudada e suas políticas e práticas de gestão de pessoal e em saúde do trabalhador; a descrição dos trabalhadores entrevistados, procurando dar visibilidade às histórias de vida entrelaçadas às histórias de trabalho, os modos de ser e de trabalhar.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DE SUAS POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O local onde foi realizado o estudo é uma instituição pública, localizada na região metropolitana de Porto Alegre, com posição de destaque nacional, sendo um órgão federal que representa um dos maiores orçamentos do Estado do Rio Grande do Sul. A instituição conta com cerca de cinco mil servidores, distribuídos em uma ampla estrutura física. Os servidores da instituição são orientados segundo o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, conforme a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, determinada pelo Art.13 da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997. Portanto, trata-se de servidores estatutários, que estão divididos em duas categorias profissionais, ligadas às atividades fins e às atividades meio da instituição.

No caso dos servidores técnico-administrativos (atividades meio da instituição), os cargos dividem-se em três níveis, conforme a seguinte distribuição¹⁸: 20% são de nível auxiliar (NA), 60% são de nível intermediário (NI) e 20% são de nível superior (NS). A legislação que regulamenta o controle dos cargos exige, para o ingresso no NA, desde a alfabetização até o ensino fundamental completo, para o NI, desde o ensino fundamental incompleto até o ensino médio completo, profissionalizante ou não, e, para o NS, curso superior completo.

Embora somente 20% dos técnico-administrativos (TA) sejam de NS, aproximadamente 46% do total de TA têm elevada escolaridade, compreendendo aqueles que possuem desde formação superior incompleta até doutorado. Por outro lado, 23% dos TA possuem escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto ou não possuem escolaridade), o que pode ser considerado um número elevado devido à natureza do trabalho desenvolvido na instituição. Com ensino fundamental completo, encontram-se 8% dos TA e 23% possuem ensino médio, completo ou incompleto.

A legislação vigente quanto à estrutura de carreira não permite nenhuma mudança de cargo ou mobilidade vertical entre os níveis. Estas situações somente podem ser alteradas mediante um novo concurso público – o que não ocorre há mais de dez anos. Portanto, há uma rigidez no controle do cargo público que não acompanha o movimento

¹⁸ Os dados estatísticos ora apresentados foram extraídos de uma publicação oficial da instituição, do ano de 2000, elaborada pelo setor de Recursos Humanos com vistas a determinar o perfil sócio-demográfico e funcional dos servidores técnico-administrativos.

inerente à dinâmica organizacional de uma instituição de grande porte, assim como as transformações do mundo do trabalho que também atingiram o setor público.

O corpo funcional dos técnico-administrativos vem sofrendo uma redução considerável nos últimos anos. Em 1996, a instituição contava com 3.240 técnico-administrativos, e, em 1999, este número diminuiu para 2.889, o que significa uma redução de quase 11%. De acordo com um levantamento realizado pelo setor de Recursos Humanos, no ano de 1998, 20% da força de trabalho na instituição pode ser configurada como força de trabalho adicional, ou seja, composta por trabalhadores não estatutários, como terceirizados, bolsistas e contratados via fundação de direito privado.

Somado a isso, a instituição tem vivenciado: a precarização de recursos financeiros e materiais; a terceirização, especialmente das atividades meio; a ameaça de privatização; a desvalorização profissional; a falta de reajuste salarial; a pauperização dos servidores, entre outras questões. A esse respeito, vale salientar que, se de um lado a instituição convive com a precarização do trabalho, por outro lado, prioriza a excelência de suas atividades fins e visa a obtenção de “certificados de qualidade” dos seus serviços. O próprio plano de gestão da instituição coloca, aos servidores, a questão da qualidade e da excelência dos produtos e serviços como metas e desafios a serem atingidos.

Esse contexto do serviço público federal, a falta de reajuste salarial e a inexistência de um plano de carreira que possibilite o desenvolvimento profissional incidem no nível de satisfação dos servidores. Em uma pesquisa realizada com os técnico-administrativos, 71% afirmaram estarem insatisfeitos com a condição de servidor público federal e somente 50% estão satisfeitos com as condições de trabalho. A satisfação é maior em relação às condições mais próximas do local de exercício das atividades do que em relação à instituição como um todo e à condição de servidor público.

O tipo de inserção do técnico-administrativo na instituição é bastante variável, dependendo do nível do cargo, da escolaridade exigida e do setor onde as atividades são desenvolvidas, o que reflete políticas e práticas de pessoal distintas conforme o nível hierárquico do cargo. À medida que aumenta o nível do cargo e a escolaridade exigida, diminuem as exposições a riscos ambientais e a condições de trabalho precárias, enquanto aumenta a flexibilização das regras institucionais, inclusive no controle sobre a frequência do servidor.

O predomínio de servidores técnico-administrativos (TA) do nível intermediário, assim como a prevalência, neste nível, da categoria assistente de administração, além de indicar a necessidade de TA para suporte das atividades fins da instituição, revela a

priorização de atividades de registro e de controle, próprias das organizações burocráticas. A participação nas atividades fins é outro indicador sobre o tipo de inserção dos técnico-administrativos. Enquanto 68% nunca participaram ou participam raramente das atividades fins, somente 32% participam regularmente. Os percentuais mais altos de participação são entre os servidores de nível superior; conforme diminui a escolaridade, menor é o índice de participação nas atividades fins da instituição.

A escolaridade também está relacionada com a situação funcional caracterizada como desvio de função (atividades pouco relacionadas ou que não possuem relação com o cargo), que pode ser encontrada em cerca de 22% dos técnico-administrativos (TA). Quanto menor a escolaridade, maior o índice do desvio de função, de modo que os TA de nível auxiliar (NA) são os que apresentam os índices mais elevados. Por outro lado, os servidores de nível superior (NS) são os que apresentam menor desvio, e aqueles que possuem doutorado são os que possuem maior índice de compatibilidade (86,1%) entre a atividade exercida e o cargo. A redução do quadro funcional, o processo de terceirização e a impossibilidade de formalizar a readaptação funcional devido à inexistência de vagas são apontados como fatores que contribuem para o desvio de função¹⁹, especialmente sua preponderância entre os TA de nível auxiliar.

A mobilidade interna de servidores técnico-administrativos é baixa, havendo um alto índice de permanência no mesmo local de trabalho e um baixo deslocamento entre unidades. Entretanto, há um pequeno grupo de servidores que se caracteriza por repetidas remoções. Segundo avaliação do departamento de Recursos Humanos, esta mobilidade tem ocorrido devido a conflitos decorrentes da estruturação hierárquica, expressa, em grande parte, nas relações de trabalho entre os dois quadros funcionais, bem como em razão da dificuldade institucional em lidar com questões ligadas à saúde do servidor.

Na instituição, as questões relativas à saúde dos servidores são competência de um órgão da hierarquia superior ligado às políticas de recursos humanos, através de diversos departamentos, como Segurança do Trabalho, Saúde e Perícia Médica²⁰. A legislação do serviço público federal prevê uma Licença para Tratamento de Saúde (LTS), podendo ser concedida ao servidor mediante perícia médica. Na instituição estudada, as LTS representam cerca de 20% dos motivos de afastamentos do trabalho, ficando atrás somente da licença

¹⁹ Vale diferenciar a readaptação funcional, que é um procedimento legal de mudança de função quando os servidores apresentam limitações físicas/mentais para o exercício do cargo (ver página 57), do desvio de função, que ocorre através de arranjos informais no setor de trabalho.

²⁰ Estas denominações dos departamentos são fictícias, correspondendo apenas ao assunto tratado em cada um desses setores.

gestante (32%) e da licença especial²¹ (32%). Nos casos de acidente em serviço ou doença profissional, será concedida uma Licença para Tratamento de Acidente e Incidente em Serviço²², que possui um encaminhamento específico e inclui o preenchimento do formulário de registro do acidente, a avaliação da Perícia Médica, a avaliação ambiental do local do acidente pela Segurança do Trabalho e a investigação do ocorrido pela comissão de saúde.

O regime jurídico do serviço público federal também contempla a readaptação funcional, que ocorrerá quando o servidor tenha sofrido limitações em sua capacidade física ou mental, decorrentes ou não do trabalho, verificadas em inspeção médica. A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos. Quando não houver vagas, o servidor exercerá suas atribuições como excedente até a ocorrência de vaga.

A saúde dos servidores, a prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais, assim como a melhoria dos ambientes de trabalho constam no plano de gestão institucional como uma das metas a serem atingidas. Nesse sentido, nos últimos anos, algumas medidas têm sido propostas e institucionalizadas através de portarias, visto que a legislação do serviço público não contempla todos os aspectos referentes à saúde do trabalhador, e aquela adotada pelo setor privado não se aplica neste contexto.

Como exemplo de tais medidas, citam-se a formação das comissões de saúde e a criação de um formulário para registro de acidente ou incidente em serviço. É imprescindível salientar o papel da organização dos servidores no processo de implementação dessas medidas, pois se tratam de propostas formuladas pelos próprios servidores que, posteriormente, foram reconhecidas e institucionalizadas pela administração do órgão. A formação das comissões de saúde, regulamentada através de uma portaria em 1997, constituiu-se em órgãos de natureza deliberativa sobre questões referentes à saúde, à segurança e ao ambiente de trabalho, tendo como finalidade a melhoria das condições de trabalho e buscando soluções, eminentemente preventivas, que promovam o bem-estar físico, psíquico e social do servidor.

Prevê-se a constituição de comissões de saúde nos diversos espaços laborais, compostas por representantes dos dois quadros funcionais eleitos pelos servidores, devendo contar com a assistência dos serviços de Saúde e Segurança do Trabalho da instituição, assim

²¹ Denominação para a antiga licença-prêmio, hoje extinta, à qual os servidores tinham direito, a cada cinco anos, mediante efetivo exercício no serviço público federal até 15/10/1996.

²² De acordo com a Lei 8112/90, configura-se acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com suas atividades. O incidente em serviço não produz danos físicos ou mentais, mas indica a potencial possibilidade de geração destes danos.

como das entidades sindicais das categorias. Os membros devem realizar um curso de formação em saúde do trabalhador, com duração de 40 horas, e reúnem-se em um encontro mensal para a discussão de temas específicos, problemas e encaminhamentos. Atualmente, somente 13 locais da instituição (em um universo de mais de 50) já constituíram as comissões de saúde, e vem sendo feito um trabalho de divulgação para que outros setores passem a implementá-las. Algumas medidas institucionais têm sido tomadas para fortalecer o poder de atuação dessas comissões, como a criação dos conselhos de saúde, compostos por representantes de todas as comissões e por dirigentes da instituição.

Além disso, em 2000, a partir de discussões encaminhadas pelo órgão sindical e pelas comissões de saúde, foi regulamentado através de uma portaria, o formulário para registro dos acidentes em serviço. Este instrumento de cadastro é pioneiro tratando-se de uma instituição federal desta natureza, visando a sistematização de informações ao possibilitar uma atuação mais eficaz e preventiva. Também foi instituído um fluxo para os casos de acidente em serviço, a fim de orientar como estes serão tratados na instituição, os encaminhamentos e as responsabilidades devidas.

3.2 DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas nove servidoras, todas mulheres, na faixa dos 40 anos, que têm uma longa história de trabalho na instituição (em média 20 anos). Estas servidoras exercem suas funções em diferentes setores da instituição, que estão distribuídos em diferentes espaços geográficos. Foram entrevistadas servidoras que ocupam cargos de nível auxiliar (NA), nível intermediário (NI) e nível superior (NS), e que exercem atividades de naturezas diferentes, como funções administrativas, funções técnicas (laboratório, informática) e funções de apoio (limpeza, cozinha).

Esta diversificação não foi selecionada com o objetivo de atingir uma representação estatística, mas a fim de dar visibilidade à complexidade das situações funcionais existentes na instituição, e suas relações com o adoecimento por LER/DORT – possibilitando uma aproximação ao fenômeno estudado. Tendo em vista tal diversidade, e considerando que a história e o modo de ser das servidoras estão, também, aí atravessados, contempla-se um recorte vertical das participantes²³ das entrevistas.

ALICE

Alice, 40 anos, iniciou a trabalhar aos 17 e seu histórico ocupacional sempre esteve ligado a trabalhos administrativos em escritórios e firmas. É formada em curso superior ligado às atividades que desenvolve, tendo ingressado há 10 anos na instituição. Ocupa o cargo de assistente de administração (nível intermediário) em um órgão administrativo. Sempre trabalhou neste setor e suas funções compreendem: verificação, registro e encaminhamento de processos e de documentos; lançamento de dados no computador; assessoria aos superiores; atendimento ao público; distribuição de correspondência. Alice afirma ter prazer em realizar este tipo de trabalho:

“Eu gosto de organizar as coisas (...) O que eu faço eu gosto. Aqui principalmente, porque tem uma liberdade (...) Não conheço outros lugares exatamente porque eu gosto muito daqui. Não faltaram propostas pra sair daqui, mas eu gosto daqui.”

Os primeiros sintomas relacionados à LER/DORT iniciaram há 12 anos, quando ainda trabalhava em um escritório privado. Entretanto, Alice afirma que, após ingressar na instituição, os sintomas acentuaram-se, especialmente pelo uso do computador e pelo grande volume de trabalho. Em duas situações de crise, dirigiu-se à Perícia Médica,

²³ Os nomes das participantes são fictícios.

tendo recebido Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e algumas orientações alertando sobre possíveis irregularidades ergonômicas no posto de trabalho. No entanto, na maior parte das vezes em que a dor impossibilitou o trabalho, foram feitos acordos diretamente com a chefia em relação ao afastamento do trabalho. Na época em que a entrevista foi concedida, estava trabalhando normalmente. Alice descreve-se como uma pessoa muito responsável, organizada e correta:

“(...) eu sempre fui muito responsável, de querer trabalhar sempre... sempre fui muito organizada, sempre gostei de ter os papéis organizados (...) existem leis... tem que ser assim, da forma correta. Eu não conseguiria fazer nada fora da forma correta. Não tem como fazer de outra forma, não tem nem como imaginar.”

BETINA

Betina, 41 anos, é técnica em química e sempre trabalhou em laboratórios. Antes de ingressar na instituição, há 18 anos, trabalhou por três anos em uma empresa privada. Na instituição, ocupa o cargo de técnica de laboratório (nível intermediário) e sempre exerceu suas atividades neste local. Suas funções compreendem tanto a administração e conservação do laboratório (verificar manutenção de equipamentos, estoque e reposição de materiais, limpeza das vidrarias) quanto a parte técnica (atendimento ao público e preparo de soluções). Diz gostar da profissão que exerce:

“Pra mim é muito gratificante, sabe, quando eu vejo ela (pessoa que auxiliou no laboratório) pela televisão ou leio alguma reportagem dela, saber que as minhas mãos estavam ali, sabe, assim, em toda a parte prática (...) eu gosto muito do que eu faço. A minha profissão eu amo assim de paixão.”

Há sete anos, começou a sentir os sintomas ligados à LER/DORT. Entretanto, somente dois anos depois se dirigiu à Perícia Médica. Desde então (1997), seguidamente vem se afastando do trabalho através de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), e as licenças cada vez são mais longas, em torno de quatro meses. Um laudo médico elaborado por um serviço de medicina do trabalho de um hospital público impõe diversas restrições ao trabalho da servidora, devido a suas limitações físicas. Na época da entrevista, estava afastada e ainda não tinha perspectiva de voltar ao trabalho; possivelmente faria uma cirurgia indicada a sua patologia (síndrome do túnel do carpo).

Betina é divorciada e mora com a filha adolescente. A servidora descreve-se como uma pessoa responsável e muito dedicada ao trabalho:

“Eu sou uma pessoa que eu sempre fui muito assim ativa (...) Tudo que dependeu de mim, nada ficou atrasado. Nada. Eu me preocupo com isso, com certeza.”

CECÍLIA

Cecília, 58 anos, começou a história ocupacional ainda adolescente no interior do Estado em sua cidade de origem. Trabalhou como cozinheira nas estâncias, após foi empregada doméstica em uma residência e, depois, trabalhou em um frigorífico. Ao chegar em Porto Alegre, trabalhou como faxineira de uma grande concessionária de automóveis e, depois, foi cobradora de ônibus.

Ingressou na instituição há 23 anos como auxiliar de serviços gerais e passou por diversos setores. Trabalhou dois anos no setor de cozinha, depois permaneceu seis anos em um órgão auxiliar. Após, foi enquadrada como servente de limpeza (nível auxiliar) do setor encarregado por diversas atividades de apoio, como manutenção e limpeza, tendo exercido sua função em diversos setores. Há cinco anos, passou a exercer a função de porteira em desvio de função. Posteriormente, esta situação foi regularizada através da readaptação funcional, devido às limitações físicas impostas pela LER/DORT. Cecília gosta da função atual:

“Eu gosto de trabalhar com o público. Eu vou atrás da informação, eu gosto muito, né, eu procuro fazer o meu trabalho... gosto de atender o pessoal, eu procuro atender bem, eu procuro fazer bem o serviço, até melhor dos que são porteiros mesmo!”

Desde 1988, a servidora licencia-se do trabalho pela Perícia Médica devido a patologias ligadas à LER/DORT. No laudo da readaptação funcional, está registrado que as limitações físicas, em grau de 75%, são decorrentes de doença do trabalho, especificada como LER/DORT. Atualmente, tem exercido suas atividades na portaria sem necessidade de afastamento do trabalho.

Cecília quer se aposentar no próximo ano. Depois da aposentadoria, gostaria de dedicar-se mais à religião e também pretende se mudar para uma cidade próxima ao litoral do Estado, onde recentemente adquiriu uma casa. A servidora afirma que sua vida não foi fácil, pois ficou viúva aos 31 anos e criou sozinha os seis filhos. Hoje possui vários netos e até um bisneto. Afirma que não se envergonha do serviço, pois foi assim que conseguiu criar os filhos:

“(...) sempre trabalhei, e é isso que eu ensino pros meus filhos.”

CILENE

Cilene, 52 anos, tem ensino médio completo e seu histórico ocupacional inicia com o ingresso na instituição, há 22 anos. Ocupa o cargo de cozinheira (nível intermediário) e sempre exerceu suas atribuições no mesmo local, onde trabalhou 19 anos no lactário e depois passou para a cozinha. Devido a uma cirurgia referente a uma patologia do grupo LER/DORT, desde o final de 2001 vem exercendo suas atividades como recepcionista, em desvio de função.

Cilene gostava da função anterior, mas salienta a monotonia e a repetitividade do lactário, tanto que tomou a iniciativa de trocar para a cozinha, mesmo sabendo que seria um setor mais pesado:

“(...) de vez em quando a gente fica instável com o serviço, é uma monotonia geral, né, sempre a mesma coisa, a mesma coisa. E depois passa. Aí eu quis sair, arrumei pra onde ir e eles (direção) não me liberaram, aí eu me acalmei (...) eu tinha enjoado de fazer sempre a mesma coisa (no lactário). Aí eu pedi pra ir pra cozinha... Até a nutricionista falou que não queria que eu saísse do lactário: ‘Aí, Cilene, tudo lá é mais pesado.’ ”

Os sintomas ligados à LER/DORT iniciaram há cerca de 13 anos, quando ainda exercia suas atividades no lactário, mas somente procurou a Perícia Médica depois de quatro anos. Desde que passou a trabalhar na recepção, não tem necessitado afastar-se do trabalho. Não há registros, no prontuário, de que sua situação funcional tenha sido oficializada como readaptação funcional. Cilene descreve-se como uma pessoa independente, que sempre tomou a iniciativa para resolver os problemas e dedicada ao trabalho:

“Quando eu vejo os outros fazer eu me anseio... Isso aí é uma coisa assim que a gente fica irritando, irrita os outros e irrita a si própria, entendeu. Por causa que eu nunca dependi das pessoas pra fazer nada. Eu sempre eu fiz, decidi, vi o que tinha que fazer. Eu ajudava, se tinha que botar tijolo pra dentro eu botava, eu fazia as coisas sempre... e eu nunca gostei de ficar dependendo dos outros (...) eu sempre procurei fazer o meu serviço além do que elas (as colegas) fazem, entendeu.”

ELIETE

Eliete, 39 anos, formada em curso superior da área de informática, inaugura a trajetória profissional quando ingressa na instituição, há 20 anos, como programadora de sistemas. Posteriormente, passa a ocupar o cargo de analista de sistemas (nível superior). Sempre exerceu suas atividades em um órgão auxiliar da instituição responsável pelo processamento de dados. Atualmente, também exerce funções administrativas e de planejamento juntamente a outros órgãos da instituição, bem como atendimento ao público.

A servidora afirma que gosta do seu trabalho, e destaca a flexibilidade de horários e a diversidade da função atual:

“Eu adoro o meu trabalho! Já tive várias crises, né, mas hoje eu gosto e eu gosto de trabalhar na (instituição). Gosto porque tem toda essa liberdade, né. Eu não faço um trabalho repetitivo, né, que nem ontem, eu tava aqui, fazendo os remanejamentos de manhã, de tarde a gente tava lá discutindo como é que ia ser o (x), então tem essa variedade, né. Então eu gosto disso, né. Eu gosto de poder fazer o meu trabalho, gosto da idéia de que puxa vida, se eu tiver uma reunião na escola do meu filho às quatro da tarde eu vou poder ir. Isso eu acho bom, né.”

Eliete começou a sentir os primeiros sintomas ligados à LER/DORT há cerca de dez anos, mas em nenhum momento procurou a Perícia Médica. Quando precisou se afastar do trabalho, os acordos foram negociados diretamente com a chefia. Estava trabalhando normalmente quando foi realizada a entrevista; dificilmente a servidora tem se afastado do trabalho em função dos sintomas. A servidora descreve-se como uma pessoa extremamente dedicada ao trabalho, responsável e organizada. Considera que o trabalho é central em sua vida e, por vezes, vivencia problemas do serviço como problemas pessoais:

“(...) eu assumo as coisas, tu entende. Assim, então, por exemplo, se disserem que tem que fazer isso até amanhã, eu vou tentar, eu vou usar tudo pra fazer isso até amanhã. Então eu jamais, se alguém me diz que isso é problema meu, isso é problema meu, entendeu. E eu vou me acabar pra fazer aquilo.”

JÚLIA

Júlia, 40 anos, formada em curso superior da área de ciências humanas, iniciou sua trajetória ocupacional ainda adolescente, trabalhando no comércio, setor em que atuou durante três anos. Após, há 22 anos, ingressou na instituição como assistente de administração (nível intermediário) e trabalhou em três locais ligados às atividades fins, realizando atividades típicas de secretaria. Por último, devido às limitações da LER/DORT, foi remanejada para uma unidade administrativa, em que não há tanta pressão por produção imediata e não envolve atendimento ao público.

Embora Júlia goste do trabalho administrativo, reconhece que não tem condições físicas de trabalhar em setores nos quais predominem tais atividades. Ela afirma que adora trabalhar e gostaria de fazer mais coisas do que faz:

“Eu não quero mais voltar pro (setor)... fui convidada de novo pra ir pro (setor) pra trabalhar, mas eu tive que recusar porque eu não ia poder ser tão prestativa como eu era antes, 10, 15 anos atrás... me trazia muita ansiedade. Eu não sei mais trabalhar assim, nem quero (...) Bah, eu faço de tudo pra trabalhar, eu adoro vim trabalhar.”

Gosto de trabalhar, adoro trabalhar, queria até fazer mais coisas do que eu faço.”

Em decorrência dos sintomas ligados à LER/DORT, a servidora procurou alternativas de trabalho dentro da própria instituição, mas não obteve sucesso. Ela fez um curso de locução com o objetivo de trabalhar com esta habilidade. Apesar de ter sido aprovada no teste, o setor não pôde aceitá-la devido à inexistência de vagas. Também tentou exercer outras funções, mas até o momento não foi possível.

Os primeiros sintomas das patologias do grupo LER/DORT começaram a manifestar-se há 15 anos, mas Júlia somente se dirigiu à Perícia Médica após oito anos, em 1995. Desde então, seguidamente, afasta-se do trabalho para tratamento. Apesar de diversos laudos médicos alegando que Júlia possui várias patologias agrupadas como LER/DORT, a Perícia Médica, segundo a entrevistada, coloca restrições a tais diagnósticos e suspeita de simulação. No momento da entrevista, Júlia estava trabalhando, porém com redução de carga horária para fazer fisioterapia.

Júlia é casada e possui dois filhos pequenos, um menino de cinco anos e uma menina de dois anos. Ela descreve-se como uma pessoa extremamente responsável, organizada, comprometida com as exigências do trabalho:

“(...) sempre fiz tudo dentro do certinho. Eu nunca fiz nada que me desabonasse. Todo mundo só tem boas recomendações minhas. Qualquer lugar que eu trabalhei, se as pessoas quiserem ver a minha ficha funcional só vão falar bem de mim. Nunca deixei nada por fazer, nunca negligenciei trabalho. Então eu nunca fiz nada de errado que pudesse comprometer a minha idoneidade (...) E eu até fazia assim sem questionar, sabe, eu sabia que era a minha obrigação fazer, e eu fazia sem questionar. Hoje em dia até eu não faço mais.”

MARIA

Maria, 42 anos, iniciou a trabalhar aos 16 e seu histórico ocupacional sempre esteve ligado ao serviço público, realizando atividades administrativas. Possui formação técnica em secretariado e, recentemente, formou-se em curso superior. Segue sua formação superior realizando um curso de Pós-Graduação na área. Ingressou na instituição há cerca de 24 anos e ocupa o cargo de assistente de administração (nível intermediário). Iniciou sua trajetória profissional na instituição em locais ligados às atividades meio, e, após, passou por três locais ligados às atividades fins, sempre exercendo atividades administrativas.

Os primeiros sintomas da LER/DORT iniciaram dez anos atrás e, há seis anos, licencia-se do trabalho, pelo menos uma vez ao ano, mediante apresentação à Perícia Médica.

Em decorrência da doença, sua jornada de trabalho foi reduzida oficialmente em duas horas para fazer fisioterapia. Entretanto, não há registros, no prontuário, de que a patologia tenha sido reconhecida como ocupacional. Na época da entrevista, estava trabalhando normalmente.

Maria é mãe solteira de dois filhos, hoje adolescentes (um rapaz de 19 anos e uma moça de 15 anos), que ela criou sozinha, não recebendo nem mesmo o apoio de seus pais. Esteve de “relações cortadas” durante 16 anos com a sua família de origem. A filha de Maria teve problemas de saúde durante toda a infância, tendo sido internada diversas vezes. Em função destas situações de vida, a servidora enfrentou algumas dificuldades para conciliar as exigências do trabalho, o cuidado dos filhos, o cuidado da casa e sua formação superior. Devido às dificuldades financeiras, por vezes trabalhava como autônoma digitando trabalhos para conseguir uma renda extra. Descreve-se como uma pessoa forte, que suporta e enfrenta as adversidades, e que é perfeccionista:

“Eu não consigo dizer não porque eu me acho uma pessoa forte, entendeu, eu acho que eu tenho que ser muito forte. Eu acho que tem pessoas que não teriam esse culhão todo, sabe, ou eu teria enlouquecido (...) E eu sou muito opiniática, assim né. É horrível, porque pra mim tudo tem que sair bem feito, entendeu. Então é muito ruim quando tu não consegue fazer as coisas como tu acha que deve ser feito.”

REJANE

Rejane, 41 anos, iniciou sua trajetória profissional ao ingressar na instituição, há 23 anos, ocupando o cargo de assistente de administração (nível intermediário). Começou a trabalhar em um setor administrativo, onde permaneceu por cinco anos. Depois, passou por outros locais, exercendo funções importantes na hierarquia da instituição, trabalhando como assessora de altos cargos ou mesmo como executiva. É formada em curso superior e, há nove anos, exerce uma função compatível com sua formação superior, em desvio de função. Em troca dessa defasagem salarial, tem sua carga horária reduzida.

Os primeiros sintomas de LER/DORT começaram a manifestar-se há 13 anos. Entretanto, Rejane somente se dirigiu à Perícia Médica no ano passado, quando se submeteu a uma cirurgia na mão decorrente da LER/DORT. Quando tinha crises, os acordos de afastamento do trabalho ou redução de carga horária eram feitos diretamente com a chefia. Na época da entrevista, estava trabalhando normalmente. Durante alguns anos, Rejane exerceu atividades em um escritório privado, mas teve de abandonar este trabalho devido a situações de enfermidade na família. Ficou viúva há pouco tempo e tem um filho de 11 anos. Descreve-se como uma pessoa organizada, responsável, mas que, se preciso, desvia da norma:

“Eu procuro ser o máximo do certinho, né, até porque é um vício profissional, é legal ser certinho, mas eu também sei quando eu preciso dar um jeitinho, uma escorregadinha por aqui, por ali. Mas eu prefiro tender pelo certinho. Mas de vez em quando eu dou umas escorregadas também.”

ROSANE

Rosane, 42 anos, iniciou sua trajetória profissional no comércio, ainda jovem. Comenta que precisava trabalhar e estava feliz por estar trabalhando, mas não se pode dizer que gostava do trabalho no comércio. Ingressou na instituição há 17 anos como assistente de administração (nível intermediário), tendo iniciado a exercer suas atividades em um setor administrativo. Poucos meses depois, passou a ser secretária em um local, onde trabalhou durante 14 anos. Depois de ter adoecido, solicitou sua remoção para outro setor onde pudesse exercer suas funções de maneira mais tranqüila. Entretanto, praticamente não exerceu suas funções neste local, pois já fazem mais de dois anos que Rosane está de Licença para Tratamento de Saúde.

Os primeiros sintomas da LER/DORT começaram há nove anos e, desde então, tem passado pela Perícia Médica. Apesar disso, segundo a entrevistada, o seu caso é tratado pela Perícia como uma somatização e um quadro depressivo. Possivelmente, será aposentada por doença incapacitante, e não por doença do trabalho. Na época da entrevista, a servidora continuava afastada, aguardando uma posição da Perícia Médica sobre a aposentadoria. Em tom de brincadeira, comparou esse longo período de licença à vagabundagem.

Há um ano, Rosane formou-se em curso superior, e afirma ter muita vontade em trabalhar na área escolhida. Acredita que existe uma diferença entre o trabalho e a profissão, e vislumbra um projeto profissional alternativo ao serviço público. Começou um trabalho voluntário ligado à sua formação superior, mas não deu continuidade por causa da LER/DORT. Rosane é divorciada e vive com a filha, de oito anos, o filho, de 20 anos, que é pai solteiro, e com o neto, de dois anos. A mãe do bebê o abandonou e Rosane afirma não ter condições físicas de cuidar do neto, sendo o seu filho que cuida da criança. Descreve-se como uma pessoa com iniciativa, que gostava muito do trabalho e que cumpria suas exigências:

“Eu nunca fui uma pessoa que chefe me pressionou, que chefe me cobrou. Nunca! (...) Ninguém me obrigou a trabalhar, ninguém me chicoteou, ninguém me botou na parede, eu fazia porque gostava. Eu tinha paixão pelo que eu fazia. Tu entende? Eu trabalhava nas férias. Tirei licença prêmio e fui trabalhar. Me sentia o máximo de importante... se eu não tivesse adoecido, eu acho que eu ia ficar toda a minha vida fazendo aquilo. Nunca eu ia parar. Entende, porque eu

gostava, né, e eu achava que a minha vida ia se resumir nisso, porque era tão importante pra mim.”

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos dados obtidos, configuraram-se sínteses analíticas e explicativas a partir da conjunção do referencial teórico e dos dados empíricos. Estas sínteses acompanham as categorias teóricas que sustentam este estudo: a articulação trabalho e saúde, a LER/DORT, e o modelo tecnoburocrático de gestão.

4.1 O VÍNCULO ENTRE O “SERVIÇO” E O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DOS SERVIDORES: A (IN)VISIBILIDADE INSTITUCIONAL DESTA ARTICULAÇÃO

A articulação entre o trabalho (o serviço, no caso do serviço público) e o processo saúde/doença dos servidores tem sido caracterizada por sua invisibilidade institucional. Embora, nos últimos anos, tenha-se iniciado um processo de mudança, através de mobilizações dos servidores, posteriormente reconhecidas e institucionalizadas (a exemplo da criação das comissões de saúde), a instituição ainda se caracteriza pela: subnotificação de acidentes em serviço e doenças profissionais; programas de prevenção em saúde e segurança ocupacional escassos, com pouca resolutividade; espaços restritos de discussões sobre a temática e de reivindicações por melhores condições de trabalho; baixo nível de participação dos servidores nestes espaços.

Algumas ações implementadas ainda não têm um alcance direto sobre todas as categorias profissionais e espaços laborais da instituição. Apesar da criação de comissões de saúde, em alguns locais de trabalho, e da promoção de eventos sobre saúde e segurança ocupacional pelos órgãos responsáveis²⁴, os servidores, em geral, ou desconhecem estas ações, ou não as avaliam como práticas que empreendam mudanças efetivas no cotidiano laboral. Assim se expressa uma das entrevistadas:

“Eu acho que essa questão da saúde é bastante negligenciada. Bastante negligenciada mesmo. Eu não vejo assim ó, movimentação nenhuma, eu não vejo atividade nenhuma, em função até do esclarecimento, né, como quanto a LER.” (Rejane)

Ambientes de trabalho salubres e seguros encontram-se muito mais no plano das reivindicações do que, efetivamente, no cotidiano de trabalho. No caso das entrevistadas, elas identificam condições materiais de trabalho precárias, que podem estar relacionadas com diversos problemas de saúde, como intoxicações e distúrbios osteomusculares. Algumas condições de trabalho apontadas como inadequadas são: mobiliário não adaptado do ponto de vista ergonômico; temperatura ambiente muito baixa ou muito alta; iluminação e ventilação insuficientes; ambientes de trabalho pequenos e apertados; equipamentos e ferramentas obsoletos; edificações úmidas; manuseio de substâncias tóxicas em ambientes inadequados e sem equipamentos de proteção e destino final destas substâncias inapropriado, em lixo comum, misturados com papéis e material de escritório.

²⁴ Alguns destes eventos ainda baseados em uma perspectiva motivacional, à semelhança dos programas desenvolvidos pelas empresas privadas.

“Essa sala, por exemplo, se tu olhar, não tem janela, não tem luz direta, não tem nada. Então isso aqui não é um ambiente saudável pra quem vai trabalhar o dia inteiro.” (Alice)

A precarização das condições de trabalho é agravada por se tratar de uma instituição pública, setor que não tem recebido o investimento necessário por parte do governo – situação que se insere em uma política mais ampla de diminuição do Estado e de privatização dos órgãos públicos. Também não são identificadas ações de qualificação e de treinamento para o exercício das funções, algumas envolvendo riscos, como é o caso da limpeza dos laboratórios. A limpeza, assim como outras atividades meio, vem sendo subcontratada pela instituição, acompanhando essa tendência no âmbito do setor público de modo geral. Alguns autores, como RUDUIT (2002), apontam que a terceirização ²⁵, fenômeno recente ligado à produção flexível, pode estar vinculada a relações de trabalho precárias, que incluem a falta de uma qualificação adequada e de uma preocupação com a saúde dos trabalhadores.

Tal procedimento não é exclusivo dos serviços públicos. Ao estudar a terceirização de atividades de manutenção em usinas nucleares, na França, THÉBAUD-MONY (2001) aponta tanto a inexistência de treinamento adequado para exercer uma função primordial quanto à segurança, como a falta de acompanhamento médico desses trabalhadores. Além disso, vale ressaltar que os trabalhadores terceirizados não computam nas estatísticas de acidentes das empresas, embora possam exercer suas funções no mesmo espaço físico, estando sujeitos às mesmas pressões e condições de trabalho do que os contratados. É o que comenta uma das servidoras entrevistadas:

“(...) tinha lá uma servente de limpeza que lavava o chão, e colocaram ela lá pra limpar as pipetas, entendeu, de qualquer jeito. Por isso que as coisas acontecem, né, um acidente de trabalho acontece.” (Maria)

A falta de campanhas informativas sobre os riscos do trabalho, especialmente em relação à LER/DORT, é outro ponto salientado. Sabe-se que vários servidores apresentam patologias do grupo LER/DORT, mas não há nenhum programa de prevenção ou de acompanhamento específico para os portadores desta doença. As servidoras entrevistadas queixam-se de não ter recebido orientações quando surgiram os sintomas, o que, na sua avaliação, possivelmente tenha contribuído para agravar o quadro, visto que as medidas

²⁵ RUDUIT (2002) diferencia a terceirização, na qual uma empresa transfere parte do seu processo produtivo (atividade fim) para outra empresa, da subcontratação, na qual se contrata outra empresa para a execução de atividades auxiliares à produção (limpeza, vigilância etc) ou para a realização de tarefas relativas à atividade fim.

preventivas e terapêuticas somente foram tomadas, por iniciativa delas, em uma etapa posterior, quando os sintomas se agravaram.

“Tem que ser uma coisa ostensiva, todos os dias. Não atacar o funcionário, mas colocar cartazes, trazer uma pessoa responsável por isso... Dar uma palestra por ano não funciona, quem é que vai? Ninguém! Tinha que ter uma pessoa sempre no local de trabalho.”
(Rosane)

As explicações para a falta de campanhas preventivas recaem na concepção vigente de que a saúde é um problema e uma responsabilidade do trabalhador. O depoimento de uma servidora expressa a avaliação sobre a perspectiva da instituição em relação à saúde dos servidores enquanto fundada em uma abordagem biológica e individualista do processo saúde/doença.

“É que sempre se parte de um pressuposto de que isso é um problema do trabalhador, e isso não é visto como um problema da (instituição). Com isso eu quero dizer o quê: se sabe que, de alguma forma, isso têm. Mas está se esperando que as pessoas vão lá e apresentem as doenças, e aí vamos ver o que que acontece. Não existe nenhuma medida mais preventiva em relação a isso.” (Eliete)

NARDI (1999) salienta o papel da desinformação dos riscos presentes no trabalho como agravante para o adoecimento dos trabalhadores. As entrevistadas, por exemplo, acreditam que, se houvesse prevenção e vigilância nos ambientes de trabalho, possivelmente não teriam adoecido de LER/DORT. Consideram tais ações imprescindíveis para evitar que outros venham a apresentar os mesmos problemas. Os servidores apontam que a formação das comissões de saúde poderá suprir essa necessidade, reconhecendo a possibilidade de melhoria do ambiente de trabalho e das políticas em Saúde do Trabalhador quando o coletivo de trabalhadores se organiza.

“Até tá se formando um grupo aqui pra verificar os locais de trabalho, é as (comissões de saúde). Por que que não tinha isso dentro da (instituição)? Porque eu sei que não é uma ou duas pessoas que tem problema, são várias pessoas.... deveria se trabalhar no sentido da saúde preventiva (...) o índice eu acho que é muito grande, de pessoas que estão afastadas por problemas.” (Alice)

Assim como todas as conquistas em Saúde do Trabalhador nos diferentes espaços laborais, conforme aponta MERLO (2002), os avanços que vêm ocorrendo na instituição surgem a partir de movimentos organizados pelo coletivo de trabalhadores. Por exemplo, é apontada uma mudança no caráter da Perícia Médica após as mobilizações dos servidores durante as greves, gradativamente passando a ser um órgão menos fiscalizador e mais voltado para a saúde. A formação das comissões de saúde e a criação do formulário para

registro dos acidentes em serviço são outros exemplos de iniciativas propostas pelos servidores.

Por outro lado, há o reconhecimento das dificuldades de ações dos movimentos coletivos. Embora haja espaço para lutas e reivindicações, também há resistências, tanto por parte dos dirigentes como por parte dos próprios servidores. Há muitos servidores que se queixam, mas são poucos os que efetivamente participam dos movimentos organizados pela categoria. Esta informação é corroborada por uma pesquisa realizada pelo setor de recursos humanos entre os servidores técnico-administrativos (TA). Segundo tal pesquisa, a maioria dos TA, independente da escolaridade e do nível do cargo, nunca participam ou participam raramente do sindicato e dos órgãos de representação (86,7%) ou em mobilizações políticas e da categoria (74%).

Da mesma forma, 66% nunca participam ou participam raramente das palestras, reuniões e seminários promovidos pela instituição. As servidoras entrevistadas apontam que uma das dificuldades em participar dos movimentos organizados pelos trabalhadores se deve a pressões da chefia, que podem se manifestar de maneira mais ou menos explícita.

“São pressões que tu sente da chefia. Então aquela coisa assim, ela vai arrumar alguma coisa pra ti fazer, uma bobagem, na hora que tu tem que sair... É uma coisa dissimulada, entendeu. O discurso é um e a prática é outra... eu não participei formalmente (da formação da comissão de saúde). O meu nome não está lá. Não queria me incomodar com a minha chefia.” (Maria)

A participação é pouco freqüente, embora exista o desejo de se engajar nestes espaços, seja através do órgão sindical, seja através das comissões de saúde. É possível que, a partir de suas trajetórias na busca pelo reconhecimento da LER/DORT, as entrevistadas tenham-se voltado para a relação existente entre o trabalho e a saúde. Nesse sentido, a experiência do adoecimento profissional e as dificuldades encontradas nesta trajetória possivelmente tenham mobilizado um interesse de participação dos movimentos coletivos.

O reconhecimento da doença, a nível institucional, implica na passagem pelo setor de Perícia Médica. A Licença para Tratamento de Saúde (LTS) é concedida ao servidor com base na perícia médica, realizada por órgão da instituição, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus. Embora muitas situações de afastamento ocorram de maneira não oficial, apenas através de acordos com a chefia, todas as entrevistadas (com exceção de uma), submeteram-se à inspeção médica em algum momento, devido a períodos de crise, recidivas, intervenções cirúrgicas, readaptações funcionais etc.

Os registros dos atendimentos na Perícia Médica computam 185 servidores atendidos por distúrbios osteomusculares no ano de 2000 e no primeiro semestre de 2001. Deste universo, 64 servidores (40 mulheres e 24 homens) apresentam provável diagnóstico de LER/DORT²⁶. Vale salientar que este número não representa a totalidade de servidores técnico-administrativos que apresentam patologias do grupo LER/DORT, uma vez que estes dados referem-se apenas a um determinado período de tempo. Além deste recorte temporal, faz-se necessário levar em consideração a falta de registro dos servidores que apresentam a patologia e que não se dirigem à Perícia Médica.

Os dados obtidos mantêm a tendência presente nas estatísticas de que a LER/DORT se manifesta predominantemente entre trabalhadores do sexo feminino. As explicações para esta prevalência são variáveis, como fatores hormonais e anátomo-fisiológicos. No entanto, é a divisão sexual do trabalho, em que as mulheres ocupam posições inferiores na hierarquia, desempenhando tarefas mais repetitivas, monótonas e menos qualificadas a explicação mais recorrente (HOLZMANN, 2002; CÂNDIDO & NEVES, 1997; MERLO, 2002). Quanto à distribuição por idade, 65% encontram-se na faixa dos 31 aos 50 anos, conforme quadro a seguir:

QUADRO 1 – Distribuição por idade

Faixa Etária	Frequência Relativa (%)
20 - 30	3
31 - 40	20
41 - 50	45
51 - 60	27
> 60	5
Total	100

A faixa etária dos servidores com provável diagnóstico de LER/DORT não acompanha a tendência do predomínio destas alterações em trabalhadores jovens (SETTIMI & SILVESTRE, 1995). Entretanto, ressalta-se que o quadro funcional da instituição apresenta uma média de idade elevada, visto a estabilidade do servidor público, a inexistência de

²⁶ Os 185 prontuários foram analisados pela presidente do órgão de Perícia Médica com o intuito de selecionar casos confirmados e/ou suspeitos de LER/DORT. Posteriormente, estes prontuários foram analisados pela pesquisadora, verificando a evolução das patologias, a sintomatologia e os diagnósticos, a função exercida, bem como os laudos e exames de serviços médicos externos anexados, com o intuito de identificar aqueles casos que provavelmente configuram um quadro de LER/DORT. Através deste processo, obteve-se o número de 64 servidores com provável diagnóstico de LER/DORT para o período estudado. A análise dos prontuários foi necessária não apenas para obter informações sobre a evolução das patologias, mas porque, ao menos até o momento desta pesquisa, a instituição não possuía um banco de dados sobre os servidores que apresentam LER/DORT.

concurso público nos últimos dez anos, a terceirização de muitas atividades e o surgimento dos primeiros sintomas há cerca de dez anos na maior parte dos casos.

Quanto ao nível funcional, 53% são de nível auxiliar (NA), 38% de nível intermediário (NI) e apenas 9% de nível superior (NS). Quanto à natureza do trabalho, as categorias profissionais atendidas abrangem funções bastante diversificadas: principalmente serventes de limpeza, de obras, auxiliares de cozinha e vigilantes, entre as de nível auxiliar, e assistentes em administração, porteiros e recepcionistas, entre as de nível intermediário. Uma pesquisa epidemiológica realizada na instituição alvo deste estudo (SILVA & SILVA, 1997), referente às perícias médicas, encontrou resultados semelhantes: 50% dos atendimentos corresponderam ao NA, 35% ao NI e 15% a NS.

Esses dados sugerem uma diferenciação determinada pela estrutura hierárquica da instituição: conforme aumenta o nível do cargo e a escolaridade, há um menor controle sobre a frequência do servidor; além disso, desenvolve suas atividades com menor exposição a riscos ambientais. Estas diferenças entre os níveis revelam que as condições de vida e de trabalho não são as mesmas para todos os servidores da instituição, e isto se reflete nos modos de trabalhar e de adoecer, conforme os assinalamentos de LAURELL e NORIEGA (1989) sobre a determinação social do processo saúde/doença. A instituição reproduz as diferenças socioeconômicas e culturais existentes na sociedade em que está inserida.

Constata-se uma representação social alicerçada em alguns exemplos de que, no serviço público, o absenteísmo pode ser, muitas vezes, mascarado pela licença de saúde. No entanto, as práticas de fiscalização, centralizadas na Perícia Médica, acabam tornando-se um entrave burocrático e uma fonte de sofrimento para quem está efetivamente doente. Constata-se que a prática institucional é a de encaminhar à Perícia Médica – formalismo que contribui para que o serviço médico da instituição se constitua em um órgão eminentemente burocrático e fiscalizador do absenteísmo.

Constatam-se muitos casos reincidentes, em que os servidores retornam várias vezes para obter nova licença, ou estão afastados ininterruptamente há meses, tendo prorrogado diversas vezes o período da licença. Nestas situações, é comum haver registros de vários diagnósticos de patologias ligadas à LER/DORT, concomitantes ou que se sucedem no processo de adoecimento. Embora 64 (34,5%) dos servidores atendidos no período estudado apresentem alterações osteomusculares muito provavelmente oriundas do cotidiano laboral, somente três casos foram registrados nos boletins de atendimento como acidente em serviço.

A grande maioria dos atendimentos apenas indica que se trata de uma licença para tratamento de saúde; em nenhum dos casos foi emitido o formulário do registro de acidente em serviço²⁷.

SILVA e SILVA (1997) encontraram resultados semelhantes quanto à baixa notificação dos acidentes em serviço na mesma instituição alvo deste estudo. No período estudado pelas autoras, ocorreram 864 licenças para tratamento de saúde, mas somente 40 (4,63%) foram registradas como acidente em serviço. Entretanto, supõe-se que este número seja muito maior: as autoras constataram que as enfermidades mais freqüentes eram as traumatológicas, sendo as contusões a maior ocorrência e tendo o índice mais elevado na categoria servente de limpeza.

A subnotificação se deve a fatores como a prática comum, na instituição, de fazer acordos pessoais com a chefia que tornam desnecessário o encaminhamento à Perícia Médica. Também pode ocorrer que algumas situações não são sequer identificadas pelos servidores como acidente em serviço. Além disso, ainda não há uma prática de controle e registro através do formulário ou de qualquer outro instrumento. E, para aqueles casos atendidos pela Perícia Médica, constata-se uma falta de padronização dos registros: muitas vezes, as anotações do atendimento não são acompanhadas pelo número correspondente ao CID (Código Internacional de Doenças) e, em boa parte dos casos, somente o médico que atendeu o servidor pode responder se se trata de um acidente em serviço. A falta de informatização completa dos dados também dificulta o controle dos atendimentos, bem como a realização de estudos epidemiológicos.

A subnotificação dos acidentes e das doenças reflete práticas e políticas institucionais; é expressão do modo de gestão e das relações de trabalho aí produzidas. Como apontado por CHANLAT (1995), o modo de gestão referente à saúde e segurança do trabalho se inscreve no modo de gestão geral adotado pela organização. Uma das entrevistadas assim se refere à política institucional:

“O nosso sistema privilegia o recurso humano, né, e não a pessoa... Na verdade eu não acho que a saúde esteja em segundo plano, é a pessoa que está em segundo plano e tudo o que estiver relacionado com a pessoa vai estar em segundo plano. Eu vejo assim, eu acho que a pessoa hoje não é o centro da (instituição). O centro é produzir, é fazer, é aparecer, é se mexer.” (Eliete)

Assim, os fundamentos teóricos e técnicos do órgão de Perícia Médica contribuem para a subnotificação, na medida em que os casos submetidos à inspeção

²⁷ Vale salientar que somente um formulário de registro de acidente em serviço havia sido encaminhado ao setor responsável desde a sua criação, em 2000, até o momento da coleta de dados desta pesquisa.

raramente são considerados acidente em serviço ou doença profissional. Da mesma forma, as limitações físicas ou mentais que culminam em readaptações funcionais dificilmente são avaliadas como decorrentes do trabalho. No universo dos 64 servidores com provável diagnóstico de LER/DORT, constam oito readaptações funcionais, das quais apenas uma foi justificada por doença ocupacional (LER/DORT), apesar de fortes indicativos de que os outros casos possam ter relação com o trabalho. Esta conduta é explicada por uma das servidoras entrevistadas:

“(...) existem muitas medicina e a gente não sabe qual é o médico que procura. Tem um que vai configurar como doença do trabalho, mas o outro, aquele que vai fazer a perícia no teu local de trabalho, ele não vai configurar isso, porque se isso começa a aparecer, se começa a tirar muita licença, tu vai ter direito à aposentadoria mais cedo. Então isso é um risco que a instituição não pode correr.”
(Maria)

O único caso de readaptação funcional vinculada ao trabalho denota que a descaracterização deste vínculo é a abordagem presente no órgão de Perícia Médica. Constata-se que os casos dificilmente são considerados suspeitas de adoecimento profissional, mesmo quando a função exercida e o histórico da patologia indiquem que se trata de uma LER/DORT. E, se porventura, algum caso for efetivamente considerado doença profissional, tal situação raramente é registrada no prontuário. As explicações sobre as causas do adoecimento recaem principalmente em: reumatismo, distensão muscular, características de personalidade, depressão e psicossomatização – explicações que têm em comum a abordagem individualizante, a descaracterização do vínculo com o trabalho e a exclusão dos elementos de ordem social na construção do processo de adoecimento.

Com base no pressuposto de que o servidor deve se adaptar à função e ao ambiente de trabalho, os problemas de saúde, muitas vezes, são avaliados como problemas de adaptação no trabalho, inclusive os casos de LER/DORT. O oposto desta relação, ou seja, alterar situações de trabalho em benefício da saúde do servidor, raramente é mencionado e, quando ocorre, são nos casos de riscos materiais e passíveis de medição.

Uma perspectiva adaptacionista pautando as relações homem-trabalho tem inspirado as escolas de gestão em Recursos Humanos, como a Administração Científica, a Escola das Relações Humanas e a Escola Sistêmica. Embora apresentado de uma maneira mais sutil, as novas políticas de pessoal conservam essa perspectiva, como apontado por LIMA (1996), objetivando a normalização dos comportamentos e a permanência do “homem certo no lugar certo”. Sob o aparente ideário cooperativo e participativo, há uma exigência de flexibilidade e de renovação constante. Assim como as empresas modernas e as organizações

em geral, a instituição pesquisada conserva, a seu modo, a lógica adaptacionista nas políticas de recursos humanos.

Na perspectiva das servidoras, quando não acompanhadas de marcas visíveis no corpo, os sintomas são tratados como fingimento e simulação. A via institucional-legal percorrida pelos servidores apresenta um caráter fiscalizador que se manifesta no tratamento recebido pela Perícia Médica. Esta situação assemelha-se à peregrinação vivenciada pelos trabalhadores adoecidos nas perícias médicas dos postos de atendimento do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), na busca do reconhecimento da doença do trabalho, conforme registram diversos estudos (NARDI, 1999; VERTHEIN & MINAYO-GOMES, 2001). A relação médico-paciente encontra-se atravessada pelo valor moral atribuído ao trabalho, e pelo imaginário social que associa doença com vagabundagem, sendo o trabalhador questionado quanto à legitimidade de sua doença.

“Tu chegava lá, podia estar com a dor que fosse e a sensação era de que tu tava mentindo. Entendeu? De que tu tava ali inventando alguma coisa pra não ir trabalhar.” (Maria)

“Muitas vezes me senti mal tratada. Tipo assim: ‘Iii, lá vem ela de novo com aquele bracinho engessado.’” (Júlia)

Na tentativa de dar visibilidade à doença, as pessoas recorrem a elementos como a tala, o gesso, o colar cervical etc. Esta é uma característica da medicina ocidental contemporânea, a necessidade de comprovar a existência da doença buscando um registro concreto e visível. Os diagnósticos precisam ser fundamentados em exames que evidenciem as marcas da enfermidade no corpo e registrem as alterações orgânicas. Em outros períodos da História, entretanto, o depoimento do paciente a respeito dos seus sintomas já constituía um elemento suficiente para a legitimação da doença.

Reproduz-se o modelo da medicina ocidental, fundada na tradição de constatar a doença através de uma materialidade, bem como em uma racionalidade que exige a identificação da(s) causa(s) que determina(m) a doença (FACCHINI, 1993). O sintoma – caráter invisível da doença que diz respeito exclusivamente ao doente, pois são sensações experimentadas pelo indivíduo – perdura até o século XVIII como a única forma de acesso à doença (FOUCAULT, 1994). Com o advento da clínica anátomopatológica, segundo o mesmo autor, há uma reformulação da semiologia médica, pois, a partir de então, o acesso à doença tornou-se visível: a leitura dos sintomas deve ser conjugada à pesquisa dos sinais (aspectos visíveis da doença).

Assim, a Perícia Médica considera o diagnóstico de LER/DORT quando o quadro clínico é bem definido através de sinais e quando os exames (laboratoriais,

radiológicos etc.) registram alterações do sistema músculo-esquelético. No entanto, a literatura reconhece que os casos cujos exames acusam alterações já se encontram em um estágio avançado – etapa na qual os procedimentos terapêuticos têm um alcance limitado (ASSUNÇÃO, 1995; LECH et al., 1998). Por outro lado, quando o quadro clínico não está bem definido, constata-se que o diagnóstico de LER/DORT não é registrado, especialmente quando há sintomas psicológicos associados, os quais, muitas vezes, são decorrentes das limitações derivadas da própria patologia.

Nessas situações, em que o substrato orgânico da doença não é visível, é comum a perícia recorrer a explicações como depressão e psicossomatização. Neste sentido, JACQUES (2002) salienta que não é surpresa encontrar sintomas psíquicos associados aos acidentes e às doenças ocupacionais: o discurso corrente de culpabilização do trabalhador atribui as razões dos acidentes à educação dos trabalhadores e a causas internas de caráter. Além disso, mesmo que uma queixa seja exclusivamente de ordem psíquica, tal situação precisa de uma escuta e de uma intervenção adequadas, na medida em que diversos estudos (JACQUES & CODO, 2002; JARDIM & GLINA, 2000) apontam para o aumento dos distúrbios psíquicos associados ao trabalho. Entretanto, há um predomínio de atenção às doenças (e aos riscos) visíveis, ficando excluídas as doenças mentais, os problemas de relacionamento sociais e familiares e a LER/DORT – justamente, como aponta MENDES (2002a), manifestações que têm aumentado significativamente nos últimos anos, em função das mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Tal fato está relacionado, também, com a invisibilidade das situações de adoecimento no trabalho: há uma realidade nos cotidianos laborais que não consta nas estatísticas oficiais, permanecendo invisível e oculta. MENDES (2002b) aponta a construção social desta invisibilidade e destaca fatores como: subnotificação de acidentes e doenças; limitações da legislação que define o acidente de trabalho, não possibilitando o enquadramento legal de diversas situações; estatísticas oficiais de acidentes e doenças maquiadas, pois se restringem a trabalhadores empregados, avulsos, segurados especiais e médicos residentes, ficando excluídos os trabalhadores domésticos, os autônomos, os servidores públicos civis e militares e os trabalhadores do mercado informal.

Tal invisibilidade social é produzida e reproduzida em empresas e instituições, sendo a perícia médica o lugar onde se legitima ou não a doença do trabalho. Constata-se, na instituição, que mesmo reconhecido como portador de vários diagnósticos de alterações osteomusculares, o servidor não tem seu processo de adoecimento associado ao histórico profissional. As pessoas levam exames, laudos e atestados de serviços médicos externos à

instituição e a Perícia posiciona-se em relação à legitimidade desses documentos. As entrevistadas queixam-se de que, muitas vezes, os peritos não verificam os exames e não aceitam os laudos e os atestados. O adoecimento é transferido ao trabalhador, que deve comprovar que está doente. Na visão das respondentes, a Perícia Médica serve à instituição e não aos servidores, e sua função resume-se ao papel burocrático, isto é, concessão de licenças, justificativas e abonos de faltas, ou regularização dos casos de readaptação funcional e de aposentadoria.

“É muita burocracia, entendeu, até eles mandarem um laudo passa um mês, é uma coisa contraproducente.” (Maria)

“Eu nunca me afastei, até porque a idéia que eu tenho da (perícia) é se o médico diz que tu vai ter que ser afastada, então eu vou na (perícia)... Então essa é a minha visão, eu vou na (perícia) pedir cinco dias, eu vou na (perícia) pra abonar ou justificar.” (Eliete)

A Perícia Médica se atém a cumprir as atribuições fixadas pelo regulamento administrativo: comprovar o estado de doença e, se for o caso, estabelecer o nexo causal com o trabalho. Constata-se que a Perícia Médica se inscreve na hierarquia como representante da autoridade legal e do saber médico, desempenhando um papel burocrático baseado na impessoalidade e no formalismo. Reproduz-se, portanto, neste órgão, a rigidez à norma legal como característica do modelo tecnoburocrático. Constata-se, ainda, que o paradigma adotado é aquele da Medicina do Trabalho, que, no Brasil, segundo NARDI (1999), cumpre de forma mais burocrática do que propriamente de diagnóstico, a atribuição de responsabilidade ao processo de trabalho pelo adoecimento.

A Medicina do Trabalho surge, conforme salientado por NARDI (2002), a partir da necessidade de o Estado intervir nas relações capital-trabalho, regulamentando os ambientes laborais com vistas a preservar a saúde do trabalho e, não, necessariamente, a saúde do trabalhador. A prática desta Medicina está fundamentada em um corpo de normas legais, que expressam as relações de poder encontradas na sociedade. Geralmente, não se constitui em uma atividade liberal, pois os profissionais são empregados das empresas, dos sindicatos ou do sistema de saúde pública e da burocracia do Estado. Portanto, não é uma atividade neutra, na medida em que reflete as práticas institucionais e a relação médico-paciente sofre as conseqüências dos conflitos capital-trabalho (NARDI, 1999).

A doença passa a ter como aspecto central não o sofrimento do paciente, mas a capacidade ou incapacidade para produzir, sendo a tarefa principal do médico o julgamento dos mais aptos ao trabalho. Segundo essa perspectiva, o processo saúde/doença é entendido a partir de um enfoque individual e biológico. Este aporte teórico e técnico não contempla a

complexa interatuação entre homem e meio social no processo saúde/doença (MENDES, 2002a). Em geral, fundamenta-se em uma concepção unicausal da doença – visão que, conforme aponta FACCHINI (1993), tem dominado a produção do conhecimento na medicina e suas formas de intervenção. Constata-se que a Perícia Médica da instituição tende a focar os aspectos individuais e biomecânicos da LER/DORT, em detrimento de outros elementos que também tem um papel na produção da doença, como por exemplo a organização do trabalho.

A Perícia, sendo um órgão da própria instituição, reproduz as relações de poder e o discurso burocrático institucionais. A Perícia Médica se insere na hierarquia institucional como representante do poder e da autoridade – tal como ocorre na dinâmica do serviço público, conforme assinala CODO (2002). Segundo NARDI (1999), a Medicina do Trabalho é representante do Estado, estando presa à burocracia e tendo como função legitimar a submissão do trabalhador às relações de força entre o Capital e o trabalho. O autor ressalta que não se trata de uma ação intencional do corpo médico, pois os técnicos estão presos em redes de poder e, por fazerem parte da instituição, não conseguem estabelecer uma distância de suas ações que lhes permita uma crítica dos papéis que desempenham.

A avaliação do órgão, por parte dos servidores acometidos de LER/DORT, reconhece a ambigüidade vivenciada pelos servidores lotados na própria Perícia Médica:

“(...) a (perícia) ela é ambígua, né, porque ela tem o nosso lado e ela tem o lado da (instituição)... muitas vezes eu saí de lá chorando por coisas que eu ouvi. Porque eles partem do pressuposto de que tu não tem nada, mesmo que tu leve exames. Porque eles são uma espécie de carrasco, sabe. Mas eles também estão no papel deles, então é uma coisa assim que na realidade, assim ó, tu não pode culpar, por exemplo, a Dra., o Dr., porque se eles não fizerem a parte deles, alguém superior a eles vai cobrar deles (...)” (Betina)

Para as entrevistadas, é um contra-senso que a relação saúde-trabalho esteja assim caracterizada numa instituição composta por uma infra-estrutura que poderia dar conta da promoção da saúde dos servidores. Ao invés de ser um exemplo para as demais instituições públicas e empresas privadas, o conhecimento acumulado na instituição em anos de função pública não é revertido para os servidores, segundo a avaliação das entrevistadas. O depoimento a seguir é ilustrativo:

“(...) ela tem tudo pra intervir nessa coisa da doença e ninguém faz nada... a gente não recebe todo esse aparato que a (instituição) possui. Não reverte pra nós. Tem alguns seminários sobre qualidade de vida no trabalho, algumas coisas falando em LER, falando em DORT, mas dá pra contar nos dedos os eventos que a própria

(instituição) faz. *Ela participa muito fora, mas com os seus funcionários não acontece.*” (Júlia)

Apesar da função burocrática, as entrevistadas consideram que a Perícia Médica poderia desempenhar outro papel na instituição, auxiliando na prevenção e na promoção da saúde. Nesse sentido, as respondentes acreditam que o caráter da Perícia vem se modificando nos últimos anos, está mais “*humanizada*”, não é mais a época do “*chicote*”. As pressões das greves e dos movimentos dos trabalhadores, a exemplo da formação das comissões de saúde, têm colaborado para essa mudança.

“Eu acho que a (perícia) deveria implementar um trabalho preventivo... ‘Olha, fulano, isso aqui é LER, isso aqui tá relacionado com o trabalho.’ ‘Olha, tu tá ficando cega porque tu lida com algo tóxico.’...fazer esse alerta e não somente ficar lá e conceder licenças.” (Júlia)

Constata-se, portanto, de um lado, um órgão de perícia médica fiscalizador, inserido no paradigma da Medicina do Trabalho e no modelo tecnoburocrático; de outro lado, movimentos organizados pelos servidores (as comissões de saúde) articulados com o paradigma da Saúde do Trabalhador²⁸. Tais movimentos colocam a saúde dos trabalhadores como principal objetivo e têm os próprios servidores como sujeitos desse processo, estando, portanto, em consonância com os pressupostos deste campo (NARDI, 2002; TITTONI, 2002).

Em síntese, a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença dos servidores está caracterizada pela invisibilidade do acidente em serviço e do adoecimento profissional. O modelo tecnoburocrático transparece em todos os espaços institucionais e, assim, a Perícia Médica cumpre o papel burocrático e representativo da autoridade e do poder, neste caso alicerçado no saber médico. Ainda que a Perícia Médica se encontre inserida no paradigma da Medicina do Trabalho, as ações coletivas dos servidores, articuladas com os novos paradigmas da Saúde do Trabalhador, juntamente com as últimas gestões da instituição, iniciam um processo de mudança, a partir do engajamento dos próprios servidores na análise e intervenção nas questões ligadas à saúde no trabalho, revelando as articulações existentes entre o “serviço” e o processo saúde/doença.

²⁸ Também se constata uma alteração no “perfil” dos servidores nos órgãos diretivos da instituição que determinam as políticas organizacionais, atualmente mais voltados para a saúde dos servidores.

4.2 LER/DORT: TRAJETÓRIAS DE ADOECIMENTO EM “SERVIÇO”

Na tentativa de visualizar o que não está registrado nos documentos institucionais, foram entrevistados servidores com patologias agrupadas como LER/DORT, buscando compreender as trajetórias de adoecimento no serviço público. Como todas as entrevistadas são mulheres, visto a sua prevalência, aqui se utiliza a expressão no feminino: as servidoras. Nestas, os sintomas ligados à LER/DORT apresentam um histórico antigo, variando entre sete e treze anos. Os quadros clínicos se caracterizam por diversas patologias, em geral conjugadas, referentes ao adoecimento do sistema músculo-esquelético. Segundo ASSUNÇÃO (1995), a LER/DORT não se apresenta através de uma manifestação única, mas sim mediante um conjunto de alterações músculo-esqueléticas que tem origem comum na situação de trabalho. O depoimento a seguir é exemplificativo:

“Eu tenho síndrome de impacto bilateral, tenho tenossinovite bilateral no ombro, no ombro direito já tenho bursite, no ombro esquerdo tenho uma tendinite crônica no manguito rotator. Fora isso tem a miofascial e o túnel do carpo. Agora por último apareceu a bursite(...)” (Betina)

É possível identificar trajetórias semelhantes, entre as entrevistadas, no que diz respeito à administração dos sintomas no início de sua manifestação. Apesar de sentirem dor, em geral nos membros superiores, as servidoras continuam trabalhando. A fim de não interromper a rotina de trabalho, é comum recorrerem a diferentes alternativas para o alívio dos sintomas, como o uso de analgésicos, tala, gesso, colar cervical e infiltrações. Em certos casos, licenciam-se por alguns dias através de acordos informais com a chefia.

“Porque o que que aconteceu, eu comecei com uma pequena e leve tendinite. Aí eu ia lá, engessava, ficava dez dias, tirava o gesso, voltava pra trabalhar e voltava tudo de novo.” (Rosane)

“Eu sentia (dor), mas aí tu toma dorflex, tu toma dôrico ou tylenol e passa, daí a dor diminui, e no outro dia tu levanta e vai trabalhar, e faz as mesmas coisas.” (Betina)

As tentativas de reverter o quadro clínico também passam pela mudança do local de trabalho ou pela mudança de função. Há casos em que a própria servidora toma a iniciativa de fazer a troca, através de negociações com a chefia. Entretanto, essas trocas nem sempre representam mudanças favoráveis à melhora do quadro clínico, pois esses arranjos informais no setor, com frequência, não impedem que a servidora continue exercendo atividades que possam agravar os sintomas.

“Eu enjoiei de lá, não sei, uma coisa repetitiva, sempre a mesma coisa, a mesma coisa. E eu já sentia dor nos braços, nas mãos, aí eu agarrei e troquei, fui pra (x), só que aí foi pior(...)” (Cilene)

Tais medidas empregadas no sentido de atenuar os sintomas revelam estratégias individualizadas para administrar a doença. As servidoras, individualmente, e com o apoio de chefias, tomam iniciativas com vistas a intervir no processo de adoecimento. Entretanto, como nenhuma modificação é empreendida no contexto de trabalho, essas estratégias individuais de administração da doença têm um alcance restrito e, após algum tempo, os sintomas dolorosos voltam a manifestar-se, cada vez com mais intensidade.

A percepção do estado de doença quase sempre se traduz pela dor. As entrevistadas referem-se à dor como grave e constante no seu cotidiano, revelando o estágio crônico da(s) patologia(s). As respondentes relatam, também, que a doença tem uma espécie de ciclo: períodos de crise, em que a dor se acentua, alternados com períodos de estabilidade, nos quais conseguem manter uma rotina relativamente normal.

“(...) eu já tenho uma doença crônica e uma doença crônica ela é cíclica. Assim como eu posso passar uma semana bem, eu posso passar um mês super mal. Então assim ó: dor, mesmo quando eu estou melhor, eu nunca deixo de sentir. A única coisa que acontece é que ela muda de intensidade.” (Betina)

A dor é uma experiência subjetiva, privada, e, conforme FERREIRA (1994), são usadas metáforas para representá-la, como facadas, agulhadas, pontadas, queimaduras – expressões freqüentemente utilizadas pelos portadores de LER/DORT para descrever as sensações físicas da doença.

“A dor física ela tem vários processos, tá, ela tem aquela dor de dormência, ela tem aquela dor de fisgada, ela tem aquela dor de queimação. Eu sinto tudo isso no meu braço.” (Maria)

A dor crônica é considerada uma complexa síntese de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e neuro-hormono-químicos, havendo alterações nos sistemas nervosos central e periférico (CAILLIET, 1999). Segundo este autor, os terminais dos nervos periféricos sofrem alterações químicas e mecânicas que modificam os limiares de sensibilidade, permitindo que estímulos mínimos ou mesmo inócuos dêem início e prolonguem a dor.

A sensação de dor, bem como os comportamentos que a envolvem, dizem respeito às expectativas do sujeito, a sua história de vida e à cultura em que está inserido. A percepção e a tolerância da dor variam significativamente conforme o grupo social. Segundo estudos antropológicos, alguns povos tendem a dramatizar a dor, enquanto outros tendem a

negá-la (FERREIRA, 1994). Nesse sentido, todos esses fatores devem ser levados em conta ao compreender o significado da dor para os portadores de LER/DORT. Neste caso, uma dor relacionada a diversas limitações e que representa uma incapacidade para o trabalho é associada pelas entrevistadas à tristeza e ao sofrimento intenso, especialmente por seu caráter crônico e por se inscrever na lógica de valorização positiva conferida ao ato de trabalhar.

A cronicidade tem uma evolução gradual, trazendo implicações físicas e cada vez mais novas limitações – o que exige constantes adaptações do indivíduo à nova realidade.

“Hoje tá tão fraquinha (a dor), que a gente até meio que se surpreende, sabe, ela acaba se tornando uma companheira tua. Infelizmente é isso. A gente acaba se acostumando com ela... E o que eu noto assim é que cada vez que eu tenho uma crise, uma é pior do que a outra. E cada vez surge mais alguma coisa, mais uma patologia. E isso, eu vou te dizer assim, não é muito fácil de lidar não. Claro, aí tu olha pelo outro lado e pensa: ‘Eu não vou morrer disso.’ ” (Betina)

A dor crônica pode trazer diversos problemas de ordem emocional, já apontados por Aristóteles, na Antiguidade, segundo o qual a dor perturba e destrói a natureza da pessoa que a sente (apud CAILLIET, 1999). A sensação da dor é percebida pelas respondentes como capaz de gerar mau-humor, irritabilidade, dificuldade de raciocínio, entre outros problemas.

“Não tem nada pior do que trabalhar com dor. Tu perde a noção, às vezes até a tua capacidade de raciocinar fica prejudicada, porque a dor te deixa transtornada.” (Rejane)

“(...) eu sou um poço de queixume, né. Só vivo mal-humorada sempre de mau humor. Com dor a gente não tem como ficar bem-humorada.” (Júlia)

“Automaticamente a dor vem, sem tu esperar. E aquela dor enjoada irrita, dor irrita qualquer um.” (Cilene)

As servidoras apontam que a falta de informação a respeito da LER/DORT e a respeito da relação entre trabalho e saúde dificulta a constatação de que os sintomas são manifestações decorrentes de uma doença relacionada ao cotidiano laboral. A este respeito, NARDI (1999) chama a atenção de que as empresas têm como prática ocultar ou minimizar os riscos do ambiente de trabalho. Além do desconhecimento dos riscos, os depoimentos fazem referência a uma noção de trabalho que comporta a dor e o sofrimento como elementos inerentes ao ato de trabalhar.

“Eu sei que tem pessoas que trabalham chorando. Porque além do que eles não têm esclarecimento, de cultura, então sofrem, sofrem, e acham que aquilo é obra de Deus e que trabalho é sofrer! Trabalho enobrece, morrem ali trabalhando(...)” (Rosane)

Este depoimento retrata a concepção atribuída ao trabalho na sociedade ocidental. Segundo a tradição judaico-cristã, o trabalho está intimamente relacionado com o sofrimento, sendo considerado um castigo ao qual o homem está condenado pelo pecado: “*No suor do teu rosto comerás o teu pão (...)*”, GÊNESIS, 3:19, 1969, p.6). A ética protestante, por sua vez, expressa a exaltação que o trabalho alcança nas sociedades capitalistas: o trabalho é o que dignifica o homem; a preguiça e o ócio são condenados (WEBER, 2000). A sociedade ocidental, como apontado por JACQUES (2002), conjuga essa positividade moral conferida ao trabalho com a tradição judaico-cristã de relacioná-lo à punição e ao sofrimento.

A presença da LER/DORT e seu reconhecimento faz com que as servidoras deixem de considerar o trabalho como “naturalmente” penoso e nocivo e passam a perceber a doença como resultado de determinadas condições socialmente produzidas.

“Aquelas dores eu não sabia que era uma doença. Sabia que tinha forçado um pouco mais escrevendo ou digitando e isso parava por aí... hoje em dia eu acho que as pessoas já têm uma consciência maior de que é uma doença do próprio trabalho.” (Alice)

No início do processo de adoecimento, as licenças para tratamento de saúde são curtas, variando de um a dez dias e, em geral, ocorrem através de acordos pessoais com a chefia. Apenas em uma etapa posterior ou em situações mais graves é que há o encaminhamento à perícia e à assistência. Constatase que tanto a assistência médica quanto o afastamento do trabalho ocorrem quando não é mais possível às servidoras “segurar” a dor, tendo-a suportado por um longo período anterior.

“(...) é muito difícil a gente sentir que a gente tem a LER, então quando tu te dá conta ela já tá instalada... aí eu comecei a procurar ajuda, porque não dava mais pra segurar. Eu tinha muita dor, teve um dia que eu acordei e não conseguia me mexer.” (Maria)

“(...) quando não passou (a dor) é que começou a preocupar. E daí já era um estágio bem avançado (...)” (Alice)

O afastamento do trabalho torna público o adoecimento, mas, até então, foi percorrida uma trajetória individual e introspectiva, carregada de sofrimento. DEJOURS (1992) comenta a prática corrente de que não se trata de evitar a doença, mas sim de domesticá-la e contê-la, aprendendo a conviver com a dor e suas implicações. Neste processo de controlar a doença, as estratégias são no sentido de impedir que o corpo pare de trabalhar, tanto que o reconhecimento da doença ocorre somente quando esta atinge uma gravidade tal que impede a continuidade da atividade profissional ou das atividades domésticas e familiares. Para este autor, a hospitalização ou qualquer outro recurso ligado à assistência médica representa, de alguma maneira, o fracasso do sistema de contenção da doença. Nas

palavras de RIBEIRO (1997), o que os portadores de LER/DORT temem é a morte social, isto é, não poder trabalhar, cuidar de si e dos seus.

“(...) eu até concordo que muita coisa era psicológica, porque, por exemplo, eu já tava com dor, mas eu não queria admitir que eu tinha que parar de trabalhar.” (Rosane)

NARDI (1999) aponta que o impacto inicial do adoecimento está relacionado à quebra de mecanismos de defesa referentes à negação do risco ao qual os trabalhadores estão expostos no cotidiano de trabalho. A dificuldade em perceber que se trata de uma doença também está relacionada com a invisibilidade das manifestações de grande parte das patologias enquadradas como LER/DORT. Os exames laboratoriais nem sempre detectam todas as patologias, e as sensações físicas, muitas vezes, não são acompanhadas de marcas visíveis no corpo que materializem a doença.

“(...) é uma dor interna... Eu só não via a ferida, né, mas a ferida tava lá dentro(...) não é que nem uma deficiência, que tu vê que a pessoa tem uma deficiência, um problema. São limitações na LER que não são limitações visíveis. Então fica difícil.” (Betina)

A invisibilidade da LER/DORT traz problemas adicionais para a realização do diagnóstico, o que acarreta uma vivência de sofrimento entre os portadores. Além de estabelecer onexo causal com o trabalho, a prática médica precisa comprovar a doença em bases anatomopatológicas. A dificuldade de detectar a presença da afecção implica a recomendação, inclusive pela legislação previdenciária, que seja dado crédito ao discurso do paciente sobre a dor, como já apontava SATO e colaboradores (1993).

A medicina ocidental está fundada na busca de sinais visíveis da doença, bem como de suas causas determinantes. FOUCAULT (1994) assinala que o corpo, enquanto espaço de doença, torna-se passível de diferentes leituras em busca de significados tanto para o doente, no processo de desencadear sintomas, como para o médico, ao perseguir sinais, buscando as formas visíveis da patologia. As sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações são feitas de acordo com os códigos específicos de cada grupo, pois as noções de saúde/doença são construções sociais (FERREIRA, 1994).

Assim, o saber médico constrói um diagnóstico tomando como ponto de partida os aspectos constatados objetivamente (sinais) e as sensações desagradáveis descritas pelos pacientes (sintomas). No caso da LER/DORT, a invisibilidade dos sinais põe em dúvida a legitimidade da doença; corrobora com esta tese o caráter moral atribuído ao trabalho, pela qual o não-trabalho é associado à enfermidade ou à vadiagem (JACQUES, 1995). Quando não

comprovada a doença em bases anatomopatológicas, os sintomas são interpretados como uma simulação para não trabalhar, ou, não raramente, como desordem psíquica – visto que esta também não apresenta sinais concretos e mensuráveis. Além disso, a falta de um consenso entre as especialidades médicas quanto à gênese da LER/DORT na situação de trabalho implica divergências quanto ao diagnóstico.

“Cada vez que tu vai num profissional diferente ele vai te dizer e dar uma outra coisa. ‘O teu problema não é tendinite, isso aí é da coluna, viu.’ ” (Maria)

Às dificuldades associadas ao diagnóstico, se somam aquelas referentes ao tratamento. Na busca da cura e de um retorno à vida produtiva, os servidores têm recorrido a tratamentos como medicação (analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos), fisioterapia, imobilizações, massagens, acupuntura, medicina ortomolecular, intervenções cirúrgicas, psicoterapia individual e grupal. Muitas vezes, as alternativas de tratamento escapam às práticas da Medicina tradicional. Diante de orientações médicas conflitantes ou que depositam no indivíduo a responsabilidade de administrar a dor, são comuns opções pelo abandono de qualquer tentativa de tratamento.

“Ele (médico) disse que eu vou ter dor, e ele disse que tu é que tem que administrar isso(...) Aí eu procurei pelo meu convênio outro médico (...) ele me disse: ‘Olha, o teu caso só operando. O dia que tu resolver operar tu vem aqui.’ Aí eu disse: Bom, então tá, né, o que que eu vou fazer, vou administrar isso, né. A partir daí eu fiquei meio sem saber o que fazer... E depois, os diagnósticos eram muito variados. Aí deu, sabe, cada um diz uma coisa, não vou seguir.” (Eliete)

As discussões polêmicas em torno da LER/DORT, a invisibilidade e a complexidade de suas manifestações, a dificuldade em realizar o diagnóstico, a incapacidade e a dor crônica associadas aos quadros clínicos, a própria tradição da prática médica, entre outros fatores, dificultam o estabelecimento de um tratamento eficaz. Segundo RIBEIRO (1997), não é de causar espanto que muitos portadores de LER/DORT recorram a tratamentos alternativos, pois o modelo médico-assistencial vigente é extremamente individual, medicalizador e dispõe de procedimentos terapêuticos clínicos de duvidosa eficácia, bem como de intervenções cirúrgicas invasivas e excessivas.

Nesse sentido, diversos estudos apontam que a proposta terapêutica da LER/DORT deve contemplar sua problemática psicossocial para além da abordagem clínica tradicional (SATO et al., 1993; MERLO, JACQUES & HOEFEL, 2001). A abordagem grupal e a intervenção interdisciplinar são considerados elementos importantes para tratar questões de ordem psicossocial e minimizar o sofrimento psíquico associado à doença. Entre

as entrevistadas, somente uma servidora participou de um grupo formado por portadores de LER/DORT, e destaca a importância dessa alternativa:

“O grupo fez eu ver que eu não era a única que tava mal, que a gente não precisava se sentir assim aleijada... tu pinta um quadro muito pior do que é... isso é uma coisa que o grupo ajuda.” (Betina)

O acompanhamento grupal se mostra como importante recurso no convívio com as limitações físicas decorrentes da LER/DORT. A mudança de hábitos e de rotinas é apontada como uma necessidade para conviver com as limitações e com os sintomas da doença. As entrevistadas interromperam ou diminuíram atividades de trabalho, como também tarefas domésticas, cuidado dos filhos, eventuais trabalhos extras, estudos, lazer, entre outras.

“Eu fui abrindo mão, paulatinamente, de várias coisas que eu fazia. No trabalho e fora do trabalho... eu parei de digitar, eu parei de fazer trabalhos pra fora, que era uma fonte de renda que eu tinha... E fui dependendo de pessoas pra me ajudar em tudo! (...) Não poder dar banho no meu neto! A minha filha, que tem oito anos, às vezes ela olha pra mim: ‘Não, mãe, deixa que eu faço, tu tá com dor.’ Porque eu sou a fisionomia da dor!” (Rosane)

Tais limitações acarretam sentimentos de incapacidade e dependência que representam fortes implicações psíquicas entre as portadoras de LER/DORT entrevistadas. Nesse sentido, estudos sobre as repercussões psíquicas associadas às doenças crônicas (ROMANO, 1999) compreendem a enfermidade como uma forma de vida, na medida em que não traz apenas sofrimento e limitações, mas também necessidade de adaptações às novas circunstâncias e limites impostos pela doença. NARDI (1999) aponta que a aceitação da doença só ocorre em uma segunda fase do processo de adoecimento relacionado ao trabalho²⁹, pois implica uma forma diferente de viver, uma transformação do projeto de vida.

“Tu não te preparou pra isso, tu é muito jovem. É um baque... Ela precisa que tu seja assumida, mas até tu internalizar que eu tenho isso, e da incapacidade que ela gera (...) Eu resisto muito a aceitar isso como uma doença, né.” (Maria)

“A parte de psiquiatria tu aprende a lidar com os teus novos limites, né, a gente aprende a lidar com essa parte. Não vou te negar assim: ah, tu saber que tu tá lá (trabalho) e que tu não pode mais mexer no que tu antes mexia (...)” (Betina)

A depressão é apontada pelas entrevistadas como uma consequência da LER/DORT, variando desde um sentimento de tristeza até um sintoma grave, capaz de provocar tentativa de suicídio, necessitando de um acompanhamento psicoterápico e

²⁹ A primeira fase, segundo NARDI (1999), está caracterizada pelo impacto inicial da doença, que inclui a peregrinação pelos serviços médicos até o diagnóstico de doença profissional, os maus tratos na Previdência Social, o medo e a insegurança quanto ao futuro.

medicamentoso. A depressão tem sido freqüentemente encontrada entre os portadores de LER/DORT, sendo considerada reativa às limitações decorrentes da doença (BARROS & GUIMARÃES, 1999; MERLO, JACQUES & HOEFEL, 2001). Entretanto, vale ressaltar que algumas abordagens apontam a depressão como um dos fatores que teriam dado origem à LER/DORT, entre outras explicações psicológicas.

“Eu tive até depressão por causa das dor.” (Cecília)

“Eu tentei suicídio, eu tava com uma depressão profunda (...) faço acompanhamento no psiquiatra. É até sobre os problemas da LER que eu falo, é mais as coisas que eu deixei de fazer por causa dela... tudo que eu não posso fazer hoje, as limitações que vieram e também a cobrança social.” (Júlia)

Segundo o imaginário social, a doença é concebida como propriedade do indivíduo, cabendo a ele provar o estado de adoecimento, buscar o tratamento adequado e administrar a convivência com os sintomas no cotidiano laboral. Apesar do estágio crônico da doença, as entrevistadas, com o passar do tempo, convivem melhor com os sintomas. Esta situação ocorre por motivos diversos, dependendo da particularidade de cada caso, mas um aspecto em comum constatado entre as respondentes são as estratégias individualizadas para lidar com a doença no cotidiano de trabalho: mudanças posturais, pausas no decorrer da jornada, ginásticas, alongamentos. Tais aspectos não constituem estratégias organizacionais para administrar o problema da LER/DORT. São alternativas encontradas individualmente pelos servidores no percurso de seu adoecimento.

“Eu acho assim que eu consegui retroagir um pouco, estacionar um pouco. Tipo assim, eu consigo viver bem... Eu aprendi exercícios que eu faço, né, quando a coisa tá demais.” (Éliete)

“Mas, olha, hoje em dia eu tô muito bem. Eu sei que pode, a qualquer momento, ter uma dor maior, uma crise, mas eu tô me cuidando bastante... eu tô conseguindo agora fazer esse intervalo. Eu dou uma parada, sabe, e isso tem ajudado... A postura eu comecei a cuidar também, que antes eu não cuidava.” (Alice)

As alternativas no exercício laboral também passam pela diminuição do volume de serviço, exigindo mudança de setor ou de função. Estas mudanças podem ocorrer de maneira formal ou informal, isto é, as servidoras podem ser colocadas à disposição do setor de Recursos Humanos e, então, redistribuídas para outra unidade, ou faz-se um “arranjo” no próprio setor. O mesmo ocorre em relação à mudança de função: pode ser empreendido um processo de readaptação funcional, mediante avaliação na Perícia Médica, ou pode ocorrer informalmente, através do desvio de função. A mudança de função e/ou de setor costuma vir acompanhada de valorações negativas socialmente associadas aos funcionários públicos, da

frustração de não poder mais realizar um trabalho prazeroso, e da perda de habilidades e capacidades.

“Quando eles me tiraram desse setor, nada pra mim tava bom. E aí eu não trabalhava. Tu entende? Tu não rende, tu acaba fazendo o famoso corpo mole de funcionário público. E lógico que pra quem tá de fora, é isso mesmo que parece: ‘Ela tá fazendo corpo mole.’ Mas o que eu queria mesmo era estar na mesma função que eu não podia mais (...) me botaram na biblioteca sentada. Ai, como é que um ser humano vai ficar o tempo todo sentado vendo a banda passar, sem poder fazer nada?! Bah, isso baixa a tua auto-estima(...)” (Rosane)

NARDI (1999), apoiado em Foucault, salienta que a LER/DORT acaba demonstrando o adestramento dos corpos para o trabalho, corpos que cumprem seu dever moral no desempenho profissional. Nesse sentido, atenta-se para o fato de que o suposto prazer que as servidoras admitem com relação ao trabalho (geralmente tarefas repetitivas, manuais, monótonas) pode ser entendido, também, como efeito do adestramento modelado pela disciplina.

“Um dos maiores sentimentos hoje de ter a LER é não poder trabalhar mais como antes (...) eu gosto muito do que eu faço, então pra mim é muito frustrante ir no laboratório e saber que eu não posso meter a mão mais em nada (...)” (Betina)

“E o computador, que foi o que me prejudicou, eu adorava!” (Rosane)

Em decorrência das limitações da doença, as horas extras foram extintas entre as entrevistadas, as quais passaram a trabalhar segundo cronogramas bem espaçados. Algumas entrevistadas também tiveram suas jornadas reduzidas, através de determinação oficial da Perícia Médica ou mediante acordos com a chefia imediata. Entretanto, mesmo depois da doença, nem todas adotaram as pausas durante a jornada como estratégia de proteção de agravos e recidivas do quadro clínico. Quando questionadas sobre o porquê de não fazer os intervalos, as justificativas são a falta de tempo e a falta de orientação.

“(...) havia uma prática, né, de se trabalhar a qualquer hora. Tudo era importante, então muito já se trabalhou aqui no fim de semana. Era normal tu vim pra cá e ficar trabalhando 10, 12 horas... aos poucos se foi mudando e tentando colocar as coisas mais dentro de um horário de trabalho normal... acho até por uma consciência de saúde, viu.” (Eliete)

“(...) eu tinha assim até que fazer fora do meu horário de expediente, eu trabalhava oito horas... muitas vezes eu ficava no horário do almoço... ficava trabalhando, porque tinha serviço, sempre teve (...) (Hoje) Eu tô trabalhando tudo assim com cronograma... a gente sempre dá um prazo bem largo pra poder fazer tranquilo, sem correria (...) além de mim tem mais duas que fazem. Quando eu não

faço, alguém faz. Eu não tô sobrecarregada. Antes não, quando a gente atende a público não tem, não dá pra ser pra amanhã, tem que ser hoje a execução.” (Júlia)

Todas as mudanças empreendidas no sentido de administrar a doença no cotidiano de trabalho são conquistas das próprias servidoras. Em oposição à prática freqüente de deixar para o servidor a incumbência de buscar alternativas individuais, a alternativa institucional é a readaptação funcional. Entre as entrevistadas, há dois casos de readaptação, embora somente um deles tenha sido oficializado. Em ambos, as servidoras migraram de setores “pesados” e que exigiam esforços repetitivos (limpeza e cozinha) para um setor considerado por elas próprias como mais leve (portaria). Tal prática traz para os implicados uma diminuição nos sintomas e nas queixas. Constata-se um estranhamento em relação à natureza e ao conteúdo do trabalho da nova função, considerada pelas servidoras quase como não-trabalho.

“(...) muda tudo por causa que o tipo de serviço que tu fazia era um e aquele que tu faz agora é bem diferente, bem dizer tu não faz nada. Atender telefone tu atende normal, até muitas vezes eu saía da cozinha porque o telefone tava tocando... Quer dizer que é uma coisa ou outra, né, mas na cozinha realmente tu trabalha.” (Cilene)

“Na época eles queriam quem sabe até me aposentar... mas aí deu pra fazer a readaptação. É bom aqui ó, eu tô aqui sentada e só fico assim ó, vejo tudo daqui, tudo que acontece. Cuido aqui (a televisão) e cuido ali (a entrada do prédio). Quando tem noticiário, eu fico olhando (...) Trabalhar assim é bom.” (Cecília)

No entanto, além de se constituir necessariamente em uma prática que depende da política de gestão de pessoal, há limitações para a readaptação funcional, visto nem sempre estarem disponíveis atividades compatíveis à qualificação do servidor e em que não sejam exigidos movimentos e/ou esforços repetitivos. Na instituição estudada, a readaptação funcional, normalmente, se restringe ao deslocamento do servidor para funções de portaria.

O julgamento dos colegas de trabalho é um dos mais temidos pelos trabalhadores adoecidos. Segundo DEJOURS e ABDOUCHELI (1994), são os pares que melhor reconhecem a qualidade técnica dos trabalhos, daí a importância de seus julgamentos nos contextos laborais. Além disso, segundo NARDI (1999), a discriminação dos pares acontece, em parte, pela sobrecarga de tarefas daqueles que permanecem trabalhando; ainda, é comum como mecanismo de defesa coletivo tratar a doença do colega como um problema individual, negando os riscos do trabalho aos quais todos estão expostos. LIMA (1998) também salienta que as explicações psicologizantes, culpabilizando o indivíduo pela doença,

contribuem para o processo de discriminação dos portadores de LER/DORT, que passam a ser vistos como simuladores ou então como alvos de uma fragilidade psíquica e/ou orgânica.

“(...) eu ficava pensando porque todo mundo tava me olhando: ‘Ah, ela não quer fazer nada.’ Então eu até tentava fazer as coisas pra mostrar que eu podia fazer.” (Júlia)

“Ela disse: ‘Eu cedi o lugar pra ti, porque eu carrego dois filhos, posso muito bem carregar peso, posso fazer esse tipo de serviço que tu já não pode fazer. Então eu abri mão do meu serviço, do meu lugar pra ti e eu fui pra outro lugar.’” (Cilene)

A dificuldade de relacionamento com os familiares também é apontada pelas entrevistadas como mais um problema. A família apresenta dificuldades de compreender imediatamente a situação de adoecimento, até mesmo pela falta de suas marcas visíveis. No caso das mulheres, a culpa recai também sobre a impossibilidade de continuar cumprindo o papel de mãe, esposa e dona de casa.

“(...) a gente descarrega nos que são mais próximos da gente(...) Então a gente acaba descontando e dando não o melhor da gente pros filhos, pro marido, pra mãe. A gente acaba dando o pior(...) eu tenho duas crianças e eu não posso pegar no colo, eu não posso dar um banho... Eu não consigo descascar fruta, não consigo cortar carne, as tarefas domésticas assim é tudo pela metade.” (Júlia)

A questão de ser mulher aparece atravessada na trajetória do adoecimento, em situações como a maternidade, o serviço da casa, a dupla jornada, o cuidado dos filhos e do marido. A dominação e a exploração das trabalhadoras têm origem no imaginário social a partir de crenças que prescrevem às mulheres os trabalhos de menor visibilidade social, de maior suportabilidade aos ritmos repetitivos, velozes e de maior precisão motora (FONSECA, 2000). Esta autora lista algumas características femininas que demarcam a inserção das mulheres no mercado de trabalho: paciência, persistência, obediência; levam o trabalho a sério, são mais responsáveis do que os homens, se dedicam com mais afinco, são mais dóceis e seu corpo mais domesticado. Eis alguns dos atributos valorizados que definem as mulheres como mão de obra ideal para o trabalho, principalmente de caráter repetitivo.

A literatura tem registrado de forma recorrente a compreensão da LER/DORT enquanto uma doença de etiologia multicausal (MERLO, 2002; CODO, 1995; SATO et al., 1993). As entrevistadas referem-se à LER/DORT como uma doença com muitas causas, entre elas o trabalho, o modo de ser, o cuidado dos filhos, o serviço doméstico, a dupla jornada, os trabalhos extras, a idade, a história de vida etc, como pode ser exemplificado através dos depoimentos a seguir:

“Eu acho que foi uma somatória de várias coisas, várias coisas, né. Eu acho que eu agarrei muitas coisas além do que eu podia. E eu acho que isso aí um dia a casa cai, né. Um dia a casa cai, tu não consegue sustentar toda a carga que tu tem. Então, era muita carga do trabalho, era muita cobrança no trabalho, que me deixava extremamente tensa... Eu acredito assim que tanto a minha vida privada, as minhas escolhas, assim, ter casa, ter filho, fazer faculdade, trabalhar.” (Maria)

“Na verdade é uma sobrecarga, né, porque quando que eu mais senti isso: quando eu tive os meus filhos, né. Porque aí eu tava aqui trabalhando, aí chegava em casa, pegava no colo, então há uma sobrecarga não só pelo trabalho, mas por outras atividades que acaba sempre usando os mesmos músculos.” (Eliete)

Embora a multicausalidade ainda esteja presa a um referencial orientado por uma lógica de causa e efeito, ao menos chama a atenção para o fato de que a LER/DORT resulta de um encontro de diversas condições e aponta a organização do trabalho como em dos fatores preponderantes. As servidoras entrevistadas identificam as condições de trabalho e sua organização, os esforços e os movimentos repetitivos exigidos como determinantes do adoecimento. A perspectiva contemporânea em Saúde do Trabalhador reconhece a importância do conhecimento destes como aliado na compreensão das relações saúde e trabalho. Assim, considera-se este saber “intuitivo” das servidoras fundamental para entender o seu processo de adoecimento, como exemplificado pelos depoimentos a seguir:

“(...) o nosso trabalho é pensar e mãos, né, e o braço. Então ou tu vai estar digitando, ou tu vai estar escrevendo. Trabalha mais com essa parte do corpo, então a não ser que tu esteja parada, relaxada, tu tá sempre usando as mesmas partes do corpo.” (Eliete)

“Eu acho (que adoeci) pelo trabalho excessivo, pela cobrança excessiva e um ambiente de trabalho assim tudo pra ontem. A gente sempre trabalhava, a pessoa sempre queria de imediato. Muito imediatismo nas tarefas a serem exercidas, sabe, então dava uma sobrecarga.” (Júlia)

“Tinha dias que eu espremia duas caixas de laranja pra fazer suco. Tudo, tudo manual. Então aos poucos foi arrebrandando tudo... eu acho que foi consequência do serviço. O serviço de casa uma mulher a vida inteira faz, né. Mas um serviço assim que tu repete muito, repete, repete, é uma coisa que vai desgastando o organismo da pessoa.” (Cilene)

Além da organização do trabalho, o modo de ser também é enfatizado pelas entrevistadas para explicar a origem da LER/DORT. Algumas características comuns, semelhantes às descritas pela literatura (SATO et al., 1993; LIMA, ARAÚJO & LIMA, 1998), são constatadas entre as servidoras entrevistadas: em geral, gostavam do que faziam, eram extremamente dedicadas ao trabalho, costumavam fazer além do que as colegas ou além

do que os limites fixavam, são organizadas (por vezes perfeccionistas), responsáveis, independentes, com iniciativa, e têm dificuldade de dizer não, de impor limites.

“Muito se fala que o funcionário é relapso, que o funcionário público só traz o casaquinho e deixa na cadeira. Eu me divirto, porque eu trabalhava oito horas a fio, sempre trabalhei. Só que hoje, eu fico tão indignada por causa dessa doença, que não passa nunca, que eu digo por que eu não fui uma relapsa, por que eu sempre trabalhei, fiz as minhas coisas tudo e sempre Caxias, fazendo as coisas.” (Júlia)

“(...) eu era uma pessoa que vivia muito pro trabalho, tu entende. Eu não pensava muito, se tinha que fazer eu fazia(...) quando as coisas chegam pra mim eu meio que assumo as coisas como problemas meus... eu até acho que de uma certa forma isso (a LER) é até um reflexo do jeito que eu trabalhei e eu tratei as coisas.” (Eliete)

“Eu entrei aqui eu era novinha, tinha o que, 20 e poucos anos. Tinha todo o pique pra dar. E eu acho que dei até demais, acho que dei em excesso.” (Cilene)

À primeira vista, uma leitura superficial dos depoimentos poderia incorrer no erro de emitir explicações baseadas nas características individuais para a origem da doença. Entretanto, SATO e colaboradores (1993), SATO (2003) chamam a atenção para a importância de analisar a relação trabalhador-trabalho, visto que a dimensão psicológica não se circunscreve à etiologia das patologias, mas se refere às diferenças subjetivas que se manifestam diante dos contextos de trabalho. Assim, modos de ser e modos de trabalhar são tramas que se constroem, também, a partir das redes de relações no cotidiano de trabalho. Uma servidora chega a afirmar que se torna difícil separar o modo de ser do modo de trabalhar:

“É difícil separar a pessoa e o trabalho, né, porque o jeito como tu é é o jeito como tu vai te relacionar com o teu trabalho(...)” (Eliete)

A exaltação do modo de ser, pelas entrevistadas, e as explicações psicológicas disseminadas na sociedade estão relacionadas com a auto-culpabilização pela doença (RIBEIRO, 1997; LIMA, 1998), que é expressa de várias formas: fragilidade no corpo, falta de cuidado, falta de atenção, culpa por não perceber que determinado modo de trabalhar pode lesionar. A relação médico-paciente e os caminhos institucionais-legais para as questões relacionadas à saúde do trabalhador, conforme NARDI (1999), também têm contribuído para a sua culpabilização, ao legitimar as formas de dominação a que é submetido, sendo-lhe negado o nexos causal do trabalho, bem como a compreensão do saber sobre seu corpo.

“(...) quanto mais tu te dedica, quanto mais tu trabalha, faz parte tu estar assumindo um risco, tu tá esquecendo uma coisa tua de se

cuidar... Então a gente tá assumindo um risco, e ao mesmo tempo, o trabalho também, né, é claro que prejudica ainda mais. Mas a tua consciência, a tua forma de ser, a tua forma de agir no trabalho, a tua forma de pensar, eu acho que conta muito.” (Alice)

“(...) eu acho que ela é muito mais do trabalho do que do jeito da pessoa, né, de esforços que tu repete, repete, repete, né, então isso aí é um esforço continuado que acaba lesionando. E é um pouco culpa da gente? É, porque a gente não vê o quanto aquilo tá prejudicando, tá lesionando, a gente vai indo, vai indo, vai indo, mas não tem o alcance de ver que aquilo ali vai trazer um prejuízo sério.” (Rejane)

Na instituição estudada, as servidoras percorrem um caminho árduo para comprovar a doença e, não raramente, são rotuladas de “problemáticas”, “histéricas”, “nervosas” etc. A individualização e a responsabilidade de administração da doença são delegadas às servidoras, desde a comprovação da LER/DORT frente à Perícia Médica até a busca de tratamento, passando pelas reformulações necessárias no cotidiano de trabalho.

Neste sentido, a LER/DORT pode se apresentar como um estímulo para a introdução de mudanças nos modos de trabalhar e uma forma do trabalhador se reapropriar do processo de trabalho, podendo atuar também como uma espécie de proteção da saúde mental, na medida em que a doença evidencia uma relação potencialmente patogênica estabelecida com o trabalho.

“(...) eu acho que até a LER ela até acaba ajudando, de ter que repensar isso, de ter que perceber que não adianta, se eu ficar tensa, isso vai se refletir, eu vou sentir mais dor. Então com isso eu tenho que mudar.” (Eliete)

“Eu não me jogo mais com tanta intensidade em cima do trabalho... são coisas que eu aprendi a controlar um pouco. Se ficar um pouquinho pra amanhã, vai ficar um pouquinho pra amanhã (...) se a gente fizer a coisa de uma forma mais organizada, mais pausada, o trabalho vai seguir da mesma maneira, e a gente vai estar com mais saúde.” (Rejane)

A trajetória de adoecimento das servidoras entrevistadas revela um percurso semelhante às experiências vividas por trabalhadores portadores de LER/DORT em outros espaços de trabalho. São casos “típicos” de LER/DORT, em que a doença evolui para um estágio crônico, com muitas repercussões no cotidiano de trabalho e também fora dele. As portadoras passam a conviver com sintomas graves e constantes, em especial a dor, que trazem limitações físicas, relacionadas com sintomatologias psíquicas, especialmente estados depressivos. O sentimento de culpabilização pela doença encontra-se presente em todas as entrevistadas, o que contribui para o sofrimento psíquico associado ao adoecimento no trabalho.

Algumas especificidades são constatadas no serviço público, como a garantia da manutenção do emprego apesar da doença. Entretanto, a instituição não se responsabiliza pelo servidor acometido, delegando a ele próprio a comprovação da doença e as definições do retorno ao trabalho, o qual, por sua vez, busca arranjos informais junto à chefia no seu setor. Constata-se um privilégio das estratégias individuais na administração da doença, não havendo programas preventivos e terapêuticos por parte da instituição. Tal prática está associada ao modo de gestão da instituição, que privilegia o modelo tecnoburocrático, o qual, por sua vez, particulariza o processo de manifestação das patologias agrupadas como LER/DORT.

4.3 AS ESPECIFICIDADES DO MODO DE GESTÃO TECNOBUROCRÁTICO E SUAS ARTICULAÇÕES COM PATOLOGIAS AGRUPADAS COMO LER/DORT

A LER/DORT pode ser provocada por problemas de ordem ergonômica, porém, a organização do trabalho tem uma importante responsabilidade, tanto sobre seu surgimento como sobre sua expansão e cronificação (MERLO, 2002). Entende-se por organização do trabalho, conforme DEJOURS (1992), de um lado, a divisão do trabalho, determinante da divisão de tarefas, dos ritmos e dos modos operatórios prescritos – elementos ligados ao sentido que o trabalho adquire para o sujeito; e, de outro lado, a divisão de homens, ou seja, a hierarquia, a repartição das responsabilidades e os sistemas de controle – que mobilizam investimentos afetivos próprios das relações humanas.

Uma primeira constatação sobre a organização do trabalho na instituição estudada refere-se à particularidade de cada espaço laboral no que diz respeito à forma como o trabalho é organizado. Embora todos os setores pertençam a uma mesma instituição e, portanto, tenham qualidades comuns, cada local possui características próprias de funcionamento, apresentando diferenças nos ritmos de trabalho, nas rotinas, nos procedimentos etc. Cada espaço laboral tem relativa autonomia e é qualificado pelos servidores de acordo com essas características específicas.

As particularidades de cada setor estão intimamente relacionadas à natureza e à complexidade das atividades fins da instituição, que necessitam do suporte de diversas funções técnico-administrativas. A inserção institucional destas funções também é múltipla e variada, à medida que se distribuem em mais de 50 espaços laborais diferentes, os quais, por sua vez, possuem departamentos e divisões próprias. Assim, entre as atividades técnico-administrativas, algumas estão muito próximas às atividades fins, enquanto outras não possuem qualquer vínculo com tais atividades.

É possível identificar três áreas de atuação conforme a natureza das atividades desenvolvidas: administrativa, técnica e de apoio³⁰. Na área administrativa, constata-se que as tarefas desempenhadas são muito semelhantes, independente do espaço laboral: são rotineiras, repetitivas e qualificadas pelas entrevistadas como burocráticas. O cotidiano de trabalho destes servidores caracteriza-se, principalmente, pela digitação de documentos, pelo controle,

³⁰ A área administrativa caracteriza-se pelos procedimentos burocráticos desenvolvidos em escritórios e afins, que são eminentemente atividades meio da instituição. A área técnica caracteriza-se por um saber especializado, vinculado a conhecimentos e práticas técnico-científicas (por exemplo, a informática), podendo estar mais ligada às atividades fins da instituição, mas não necessariamente. A área de apoio, por sua vez, compreende atividades de limpeza, manutenção, segurança, cozinha etc.

registro e armazenamento de informações e pelo despacho de processos, relatórios e outros documentos.

“(...) eu secretario as coisas, eu oriento tudo que é tipo de processo (...) As minhas tarefas são essas assim envolve muita digitação de coisas, né, como envolve também muito atendimento ao público (...) Se eu for (por exemplo) pro Ministério da Fazenda, eu vou continuar fazendo a mesma coisa, batendo ofício, fazendo tudo, cartinha, ata, não vai mudar.” (Maria)

As atividades que exigem uma qualificação técnica específica têm tarefas diversificadas e os servidores podem estar eventualmente envolvidos em algumas etapas de planejamento.

“(...) assim como hoje eu posso trabalhar quatro horas seguidas digitando, ou trabalhando, ou navegando, ou testando, no outro dia não necessariamente eu vou fazer isso. Aí no outro dia, eu posso passar o dia inteiro de reunião(...) não existe uma rotina... não é repetitivo. Eu acho que varia bastante.” (Eliete)

As atividades de apoio, por sua vez, caracterizam-se por funções menos qualificadas e baseadas na exigência de atributos físicos, como força e resistência. Estes serviços são qualificados pelas entrevistadas como “pesados” e muitas funções são semelhantes a atividades domésticas.

“(...) naquela época tinha todos os prédios pra limpar! (...) todos os prédios de por aqui.” (Cecília)

“Quem tá ali agora se se queixar é de frouxa mesmo, né, porque antigamente, olha, era suco todos os dias, suco de laranja, suquinho de cenoura, de tomate, tudo que é tipo eu fazia, papinha. E às vezes era de manhã e de tarde (...) tinha que pegar panela. As panelas são grandes, pesadas e tinha que tirar do fogão.” (Cilene)

Independentemente da área em que atuam (administrativa, técnica ou de apoio), constata-se, em geral, uma sobrecarga de trabalho. As servidoras entrevistadas fazem referência a um grande volume de serviço, com uma quantidade expressiva de tarefas sob sua responsabilidade.

“Eu era secretária, e ficava responsável por todo um departamento que tinha muita gente pra atender e eu ficava sozinha... Era telefone, era balcão, era datilografia, era digitação, xerox tudo eu faço de tudo um pouco. E eu não tinha mais condições (...) eu lembro assim que eu ficava super cansada, porque era muita coisa pra mim fazer.” (Júlia)

Diante da sobrecarga de trabalho, é comum a prática de horas extras e a ausência de pausas e intervalos ao longo da jornada³¹.

“(fazia pausas?) Nenhuma. Nada, nada, nada. Só ir no banheiro e olhe lá. Tu mal tem tempo pra almoçar.” (Betina)

“Tu pára porque realmente tu tem que te conscientizar que tem que parar, mas não que tu possa parar... Eu digo às vezes assim: ‘Gurias, vamos dar uma paradinha, vamos dar uma voltinha.’ Ai eu tomo um café, caminho um pouco, mas não porque assim dá pra parar.” (Alice)

Os servidores que trabalham em setores cuja demanda de trabalho é determinada pelas atividades-fins da instituição têm momentos de grande intensidade de trabalho ao longo do ano, ocasionando um ritmo sazonal nestes locais. Em setores exclusivamente de atividades-meio e de apoio, a demanda de serviço apresenta momentos de intensidade ao longo da jornada diária de trabalho, visto o pouco tempo disponível para exercer as atividades.

“(...) trabalho seis horas direto sem nem me dar conta, em alguns momentos de pico maior (...) tem alguma coisa que tem que sair, precisa fazer, aí acontece. Isso pode acontecer umas duas, três, quatro vezes por ano (...) a (instituição) tem os seus picos, né.” (Eliete)

“Sempre tem serviço... não tem mais aquilo ‘Agora dá pra parar um pouquinho’, pra descansar... sempre tem um assunto que tá andando. Tu não consegues parar, né, não tem um tempo que tá melhor, com menos serviço.” (Alice)

Em ambas as situações, o ritmo de trabalho é determinado por forças externas, não permitindo o controle sobre a demanda de serviço. Uma das características do modo de gestão burocrático é a separação entre os que executam e entre os que planejam, dirigem e controlam as atividades (MOTTA, 1989) – cisão que repercute na autonomia do trabalhador. Independente do setor e da função exercida, os servidores têm o controle sobre o processo de trabalho obstaculizado por decisões, procedimentos e ritmos estipulados pelos escalões superiores da hierarquia institucional, porquanto sua autonomia se restringe ao planejamento de suas tarefas específicas.

“(...) aqui tem que cumprir a ordem. ‘Ah, mas e se a pessoa pergunta por que, ou começa a complicar?’ A gente simplesmente tem que explicar como as coisas funcionam aqui e dizer que a gente tá cumprindo uma ordem... eu não tô usando a minha cabeça, não tô

³¹ Em decorrência das limitações da LER/DORT, a sobrecarga de trabalho já não ocorre entre as servidoras entrevistadas.

indo pela minha cabeça, eu tô indo pela cabeça deles, dos que programa as coisas (...)” (Cecília)

Entretanto, as servidoras consideram que possuem uma parcela de controle sobre a organização de suas funções. Avaliam que não se trata de um poder decisório; é um controle ao nível da tarefa: qual é a melhor forma de organizá-la, o que vai ser priorizado etc.

“Isso (autonomia) a gente tem, né. Isso é a coisa boa no trabalho, né. Claro que algumas coisas a gente tem que fazer, cumprir. Mas bom, o que que a gente vai fazer, né, tudo tem limites, mas como regra sim, a gente tem autonomia.” (Eliete)

“(...) poder pra decisão não. Com certeza não. Em nível decisório não, mas no nível das minhas coisas, o trabalho que eu faço e da forma como eu faço sim.” (Alice)

O grau de autonomia aumenta entre os servidores que exercem funções para as quais é exigido um determinado saber especializado. O depoimento desta servidora é ilustrativo:

“Não é uma coisa rígida... Então isso não tem como alguém chegar e dizer assim: ‘Tu vai fazer um processo a cada 20 minutos.’, né, ou ‘Tu vai fazer 20 por dia.’ Eu faço uma média de 15 processos por dia porque eu já tenho uma experiência, então eu conheço... Quando tem as urgências, o (chefe) me chama e me passa, aí eu largo o que eu tô fazendo de rotina pra atendê-lo, mas eu tenho a minha independência.” (Rejane)

Tal autonomia está ligada ao fato de que, no modo de gestão burocrático, o saber profissional do servidor é o instrumento que lhe possibilita uma margem de segurança e lhe permite um maior controle sobre a função (WEBER, 1964; MOTTA, 1989). Também é esse saber – saber técnico especializado ou saber ligado ao conhecimento das normas administrativas – que possibilita o estabelecimento de negociações com os pares e, principalmente, com os superiores.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho e as pressões por produtividade são vistas pelas entrevistadas como entraves ao exercício da autonomia. As relações de mando e subordinação também são percebidas como uma barreira ao exercício da autonomia, havendo chefias que utilizam ameaças de colocar o servidor à disposição³², principalmente em atividades mais facilmente substituíveis, visto que menos sujeitas a regras e normas legais e/ou técnicas.

“(...) isso (controle das tarefas) quem determina sou eu... a autonomia é minha? É. Era minha? Era. Mas se tu sabe que tu tem 22 pessoas

³² Ser colocado à disposição do setor de Recursos Humanos diz respeito a um procedimento adotado por iniciativa da chefia, que consiste no encaminhamento do servidor ao setor de RH, onde será feita uma avaliação do seu perfil com vistas a sua remoção para outro local da instituição.

dependendo do teu trabalho, tu não tem coragem de sentar e tomar cafezinho... Porque eu sei que tem lá 22 pessoas que dependem de mim. E aí entra a tua responsabilidade.” (Betina)

“Aqueles que querem ter autonomia são aqueles que não param em lugar nenhum, sabe, aqueles que falam coisas assim, esses vão pra cá, vão pra lá e terminam a nível de associação. Esse vai pro sindicato. Esse é tipo persona non grata.” (Maria)

As pressões e a sobrecarga de trabalho também estão relacionadas com a deficiência de recursos humanos na instituição e com a forma como as tarefas estão divididas. Constata-se o isolamento dos cargos, resultante da departamentalização e da especialização. É comum haver um único servidor ou servidora encarregados de determinada tarefa. O isolamento de cada servidor em sua função está relacionado com uma forte pressão para “dar conta” das exigências de produtividade e, como apontado por diversos autores (CROZIER, 1981; LIMA, ARAÚJO, SOUZA & ALVES, 1998), não permite que se estabeleçam relações de confiança e de cooperação.

“(...) como tem uma política de não contratar, de que as pessoas só saem, de que tu tem que dar conta daquilo de qualquer jeito, tu não consegue ter uma organização mais adequada.” (Eliete)

“Os lugares que eu trabalhei eram lugares muito pesados... Sempre onde eu trabalhei, eu trabalhei sozinha...nesses lugares onde eu trabalhei sozinha acumula tudo. Então tu não pode faltar nunca! Tu não pode ter problema.” (Maria)

A hierarquia se apresenta como representante do controle externo. Tal hierarquia institucional é definida por uma das entrevistadas como: *“chefe em cima de chefe, em cima de chefe e daqui a pouco tu não sabe quem é quem”*. Esta definição remete à impessoalidade e aos cargos superpostos na pirâmide hierárquica altamente desenvolvida, características próprias do modelo tecnoburocrático (CHANLAT, 1995). Contudo, apesar do sistema haver sido concebido para ser impessoal, constata-se que tanto as relações com a chefia quanto com os pares, além de estarem baseadas na competência técnica, estão pautadas pelas características pessoais e, em geral, apresentam-se individualizadas e personalizadas.

“A T. quando assumiu a chefia era muito louca, era difícil de lidar.” (Maria)

“Eu não quis ficar cuidando de supervisora porque ia pegar muita inimizade e isso daí é ruim, né.” (Cilene)

“Fiquei cinco meses sem receber porque o meu chefe aqui, no tempo era o C., ele não ia lá assinar a minha efetividade (...) o seu G., que era o outro chefe, de gentil não tinha nada, ele queria me tirar daqui e botar na limpeza de novo (...)” (Cecília)

As características pessoais são justamente a contrapartida ao formalismo do sistema burocrático impessoal. Estudos sobre as especificidades no estilo brasileiro de administrar (PRATES & BARROS, 1997) apontam que as redes de relacionamento pessoal são as alternativas encontradas, no Brasil, em resposta à rigidez institucional. Assim, à medida que se fortalece o formalismo, se fortalece também a lealdade às pessoas e o poder das lideranças³³. Nesse sentido, constata-se que, apesar das chefias e das direções formais, em situações de tensão e de crise prevalecem a autoridade pessoal e as relações de trabalho estabelecidas informalmente. Embora temporária, a autoridade pessoal alimenta e perpetua o temor da arbitrariedade, conforme salientado por CROZIER (1981), em detrimento da autoridade legal própria da impessoalidade burocrática, que se apresenta na instituição, por exemplo, pelo procedimento de “colocar à disposição”.

O sistema de organização da instituição foi construído para que o serviço fosse executado de maneira impessoal. Entretanto, as pessoas se contrapõem às estruturas de poder institucionais através de relações pessoais. Em todos os modelos de gestão há espaços para a burla às regras, mesmo naqueles em que o controle e a vigilância são exercidos ao extremo, como no taylorismo/fordismo.

A escassez de recursos materiais e humanos, que, por sua vez, gera a necessidade de reorganizar a força de trabalho institucional e traz à tona a ameaça de privatização da instituição, são também fatores que determinam alternativas individualizadas de atender a demanda institucional. A política da instituição identificada pelas servidoras é a redistribuição interna – processo que evidencia políticas de pessoal desumanas ao tratar servidores com problemas de saúde físicos e psíquicos como “*abacaxis*”³⁴ indesejados pelas chefias e unidades laborais nessa redistribuição interna.

“Na (instituição) não tem muita opção. Isso também é algo dentro da (instituição). O cara é bêbado, tinha casos assim de tu passar por cima do gambá, é bêbado: ‘Manda esse abacaxi pra lá.’ ‘Ah, mas ele é bêbado.’ ‘Sim, mas fica com ele por aí.’” (Rosane)

A situação experienciada no serviço público brasileiro, em geral, e na instituição, em particular, suscita um questionamento sobre a pertinência da dedicação concedida ao trabalho, já que não há uma contrapartida institucional que corresponda a esse investimento. Ressentem-se da falta de reconhecimento do trabalho no serviço público (tanto

³³ Segundo estes autores, isso não ocorre em outras sociedades, como a alemã, pois quanto mais se reforçam as instituições, mais o poder se transfere para as normas impessoais.

³⁴ Expressão utilizada por uma das entrevistadas para referir-se a servidores que apresentam problemas de saúde físicos ou psíquicos, como dependentes químicos, portadores de LER/DORT e servidores rotulados de problemáticos por terem sido colocados à disposição em diversas ocasiões.

por parte das autoridades patronais quanto por parte da sociedade em geral, que não vê no serviço público mais do que a obrigação referente aos impostos pagos pelo povo), da falta de um plano de carreira e da impossibilidade de valorização financeira como fatores pertinentes.

“Porque se tu não contrata pessoas, isso não se renova, tu entende. As pessoas vão se aposentar e não entra pessoas aqui... Essa eu acho que é a angústia. Então isso assim, até onde vale a pena? Tu tá trabalhando, trabalhando, se movendo, se movendo pra quê?”
(Eliete)

“A coisa do funcionalismo público assim a gente não tem reconhecimento, né (...) Tu é reconhecido se tu trabalha bem, se tu precisas fazer aquelas coisas em tais momentos... Mas dizer que é você? Não... Aquilo é a obrigação, é pra isso que as pessoas pagam imposto.” (Maria)

“(...) a (instituição), como todo serviço público, não existe assim como tu trabalhar nas empresas que tu consegue ter um desempenho e as coisas são valorizadas. Isso não existe aqui... O reconhecimento financeiro não tem como, porque existe um nível, e esses níveis são rígidos.” (Alice)

A própria designação do trabalhador no serviço público enquanto *servidor* se refere a uma postura política que destitui o caráter de força de trabalho socialmente produtiva da categoria dos servidores públicos, como já foi apontado também por outros estudos (SILVA & SILVA, 1997; MIRANDA, 1998). Esta denominação remete a um vínculo de dependências e favores, no qual o trabalhador se encontra na posição de servir ao senhor (o Estado), não sendo reconhecido enquanto sua competência profissional. Além disso, vale ressaltar que está no fundamento das estruturas burocráticas, como apontado por diversos autores (COSTA, 1991; LIMA, 1996; MOTTA, 1989) o não reconhecimento da existência das pessoas, pois o modelo privilegia o sistema dos cargos e das regras impessoais.

“(...) não me tiraram do serviço da limpeza por causa da dor. Me tiraram porque precisavam de alguém aqui (portaria) quando o B. se aposentou (...)” (Cecília)

A desvalorização profissional, conjugada às pressões orçamentárias, constitui, segundo CHANLAT (1995), alguns dos principais problemas que os servidores públicos enfrentam, estando relacionados com conseqüências à saúde como o esgotamento profissional e a fadiga crônica. Além disso, nas situações em que há escassez de recursos, como apontado por LIMA e colaboradores (1998), os conflitos intersubjetivos se acentuam, na medida em que alguns indivíduos se recusam a ir além de suas capacidades psicofisiológicas, enquanto outros assumem o excesso de trabalho. Assumir o excesso e estar disponível a atender as solicitações da chefia, entretanto, não deixam de ser atitudes na busca de um reconhecimento

do trabalho, na medida em que tal disponibilidade é extremamente valorizada pelos superiores.

“(...) eu trabalhei 14 anos na (setor) e o diretor e ele falava: ‘Eu gosto de ti porque tu joga nas 11, tu é polivalente.’ Eu sempre me destrinchava (...)” (Rosane)

A valorização da competência técnica para o exercício do cargo também se dá pela permanência na função e no local de trabalho enquanto expressão de reconhecimento, conforme expressam as entrevistadas:

“(...) na medida em que tu tá ali trabalhando e se tu continua lá é porque de alguma forma as pessoas reconhecem que tu é capaz de fazer. Acho que nesse sentido sim, o meu trabalho é reconhecido.” (Eliete)

“(...) coisas assim: ‘Isso aí é a fulana que sabe fazer.’ ‘A fulana trabalha bem.’ Então é nesse sentido que eu digo que tem reconhecimento... tu permanecer no local já é um reconhecimento (...)” (Alice)

Ao contrário da permanência no setor, ser colocado à disposição aparece como uma das formas de controle na instituição, fazendo-se presente na forma de ameaça e temor.

“É uma coisa horrível, porque tu tem que ir lá, se sentindo o ó, abaixo de um cachorro, entendeu, porque tu tá sendo colocada à disposição porque o teu trabalho não é bom (...)” (Maria)

Nesse sentido, uma das entrevistadas se refere às relações de trabalho na instituição como *“relações de poder perversas”* para caracterizar um tensionamento constatado entre as duas categorias profissionais que compõem o quadro funcional da instituição: aquela ligada às atividades fins e aquela responsável pelas atividades meio, que são os técnico-administrativos (nos quais se incluem as atividades de apoio). Este tensionamento assume formas diferenciadas dependendo da categoria profissional dos dirigentes e do lugar ocupado na pirâmide hierárquica. Os altos postos da hierarquia e os principais cargos diretivos geralmente são ocupados por servidores da categoria ligada às atividades fins da instituição.

Ao ocuparem cargos de chefia, essas duas classes de servidores marcam diferenças nas relações de mando e subordinação. É comum uma relação autoritária, coercitiva ou paternalista quando, além da relação chefia-subordinado, há uma relação de poder derivado de uma categoria funcional com maior valorização institucional. Alguns servidores expressam a representação dessa relação, como por exemplo:

“(...) aquela mulher louca (chefia) queria que eu batesse 24 páginas em uma hora e meia (...) Tu é assim burro de carga (...) São duas

coisas bem diferentes (as categorias profissionais)... Eles se consideram acima! Eles não se consideram servidores (...) Tinha dias assim que não dava pra agüentar, era um controle assim. A T., essa chefe, ela vistoriava a tua mesa, pra ver se tu não tava guardando alguma coisa, pra ver se tu tinha deixado de fazer alguma coisa. Então é uma relação de poder extremamente perversa.” (Maria)

As diferenças citadas transparecem nas relações hierárquicas, coercitivas e/ou paternalistas, especialmente em relação ao controle:

“A nossa chefia não é uma chefia que fica te cobrando... se cobra é porque tem um motivo, não cobra por cobrar.” (Alice)

“(...) as nossas direções aqui começam a ficar frouxas, tu entende. Na verdade, a gente faz isso meio como, mais como uma forma da gente se organizar. Pra saber quem trata do quê (...) Então existem essas posições, mas não é nada rígido.” (Eliete)

“(...) eu tenho um chefe imediato, e tem o chefe do departamento... na realidade, é uma hierarquia mais na teoria do que na prática. Na prática dentro da (instituição) isso praticamente nem existe.” (Betina)

Constata-se, também, um tensionamento entre os servidores de nível auxiliar, de um lado, e os de nível intermediário e superior, que, em geral, são suas chefias – o que expressa a hierarquização típica do modelo burocrático.

“(...) a gente é tratada assim aqui. Infelizmente. Mas é o que eu te digo, não é pelos grandão lá, é pelos mais próximos. Tu vê, um engenheiro dizer: ‘A senhora vai sim limpar o chão’... Eles fazem o que eles querem, entendeu? E a gente tem que ser submisso a eles. Quer dizer que os grandão lá... eles nem sabem que tu existe e nem sabem o que tu faz. Mas o que tem um degrauzinho a mais, ou dois ou três do que tu aqui dentro são os que regem as leis.” (Cecília)

Uma outra característica do modo de gestão tecnoburocrático é a grande importância conferida ao saber. Conforme apontado por autores clássicos e contemporâneos (WEBER, 1964; CHANLAT, 1995), há um consenso de que, nas estruturas burocráticas, o exercício do poder se dá através do domínio do saber, o qual pode estar ligado à competência técnica da especialidade ou ao saber de *serviço*. Neste saber de *serviço*, no qual o servidor detém as informações dos procedimentos administrativos, o domínio das normas burocráticas constitui uma valiosa ferramenta de trabalho. Tal domínio pode ser utilizado para embaraçar (o oposto de despachar) e pode, também, configurar-se como segredo profissional, na medida em que o servidor pode reter informações vitais para manter o controle da função, ou então repassá-las nas situações em que lhe for conveniente.

Assim, constata-se características diferenciadas entre o serviço estritamente administrativo (facilmente substituível), e o serviço de caráter técnico. Nas funções técnicas, a

relação com a chefia é baseada no saber-fazer necessário à execução desse serviço especializado, configurando uma relação de trabalho na qual aquele que detém o poder é o servidor que possui o saber. Nesses casos, o servidor é valorizado e a gerência esforça-se por mantê-lo trabalhando no local, mesmo quando se trata de um portador de LER/DORT.

“(...) apesar de tudo o que eu tive, eles (chefias) nunca quiseram que eu saísse. A (perícia) tentou me tirar de lá duas vezes pra fazer readaptação funcional, e eles não aceitaram (...) Eu nunca fui colocada à disposição.” (Betina)

“(...) agora mesmo com esse negócio do braço eles (chefias) propuseram de eu ficar coordenando.” (Cilene)

Nas funções administrativas, por outro lado, o servidor pode ser mais facilmente substituído. A contrapartida é o conhecimento de normas e regras burocráticas (inclusive utilizado na forma de “segredo profissional”), e é no domínio das próprias regras burocráticas que os servidores buscam a segurança necessária para lançar uma postura de enfrentamento aos superiores, conforme expressa uma das servidoras entrevistadas:

“(...) ela (chefia) me disse que eu escrevia muito bem, que eu sabia escrever atas como ninguém, mas ela ia me botar à disposição... O que a gente faz qualquer um faz, tu é substituível (...) se cria um sistema de poder, onde tu tem o que manda e o funcionário é capacho. Então tu tem que saber dominar o que sabe pra dar uma freada, entendeu, pra mostrar assim olha: ‘Não sou bobo, vamos fazer as coisas direito, porque as coisas são assim que se fazem, não são assado.’” (Maria)

O saber marca o trabalho na instituição; modula as relações de trabalho, as cobranças de produtividade, as formas de reconhecimento etc. Independente da função exercida, aquilo que caracteriza o trabalho das atividades meio é o exercício do poder articulado ao saber, que aparece sob múltiplas formas, como através do saber da especialidade, do saber de *serviço* e do segredo profissional.

A burocracia, através do domínio do saber, oferece ao servidor, para utilizar as palavras de CROZIER (1981), uma combinação de independência e segurança, possibilitadas justamente pela forma como a organização burocrática está estruturada, ou seja, baseada em regras impessoais. As normas podem proteger os indivíduos, no sentido de que o saber a elas atrelado pode funcionar como proteção à arbitrariedade dos superiores e às pressões por produtividade. O saber-fazer possibilita o não cumprimento estrito da regra e, ao não fazer, como aponta CODO (2002), o servidor abre espaço para a resistência – que lhe possibilita estabelecer negociações – e é elevado à condição de alguém importante. O autor demonstra que o não fazer se constitui em uma tentativa de apropriação do trabalho nas atividades meio

do serviço público, e, geralmente, resulta em maior integração social, diversificação das tarefas e em um trabalho mais provido de sentido.

O não fazer, o embaraçar, o emperrar, é a transgressão às regras burocráticas, podendo funcionar como a possibilidade de autoregulação dos indivíduos frente à demanda de serviço, mas não é uma estratégia utilizada por todos os servidores. A literatura em Saúde Mental e Trabalho (LIMA, 1998; DEJOURS, 1992) aponta a transgressão como uma estratégia importante de proteção contra as pressões da organização do trabalho. No entanto, à autonomia de como fazer ou de não fazer, se contrapõe a falta de opções sobre o que fazer (conteúdo) e em que ritmo. Entre os servidores portadores de LER/DORT, o atender à demanda era uma regra auto-imposta, gerando uma sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga de trabalho e a conseqüente auto-aceleração é comum em atividades monótonas e repetitivas como mecanismo psicológico para se livrar de um trabalho empobrecido e destituído de sentido (DEJOURS, 1992; LIMA, 1998). No entanto, também está relacionado à busca pelo reconhecimento, como foi constatado entre as entrevistadas, sempre disponíveis às solicitações da hierarquia superior. A busca de reconhecimento, assim como as pressões da gerência e a competição entre pares, foi identificada por LIMA (1998) como fatores ligados à aceleração dos ritmos. A busca de reconhecimento adquire importância especial no sistema burocrático. Os indivíduos estão protegidos pela segurança proporcionada pelas regras, mas ao preço de um isolamento difícil de suportar, como assinala CROZIER (1981). O isolamento tem como conseqüência uma ansiedade que explica a necessidade de se apoiar na sanção das relações humanas para julgar seus esforços e resultados.

A sobrecarga provem da impossibilidade de fazer uma regulação subjetiva entre as capacidades psicofisiológicas e as pressões da organização do trabalho. É neste ponto que se dá o encontro entre uma determinada organização do trabalho e determinados modos de ser, que se manifestam na relação trabalhador-trabalho. Diante do contexto limitado pelas regras, como salientado por CROZIER (1981), os indivíduos são livres de regular sua contribuição: podem dedicar-se com afinco aos objetivos da organização ou não dar de si mais do que o necessário para o funcionamento do sistema. As servidoras entrevistadas reconhecem que extrapolaram seus limites, deram “todo o pique” que possuíam, faziam suas obrigações no prazo mais curto possível, não costumavam fazer transgressões ao sistema, tentavam seguir as normas prescritas etc. Assim como no caso de portadores de patologias do grupo LER/DORT de um modo geral (MAENO, 2003), também na instituição estudada são servidores comprometidos com o trabalho os que apresentam tais patologias.

Neste sentido, vale ressaltar a contribuição de SATO e colaboradores (1993), SATO (2003) sobre a importância de se compreender a relação homem-trabalho, não apenas o modo de ser ou apenas o trabalho, para entender como determinados sujeitos adoecem frente à determinada organização do trabalho. Assim, deve-se buscar compreender como se articulam o modo de ser e as condições de vida e de trabalho, respeitando, conforme salientam LIMA, ASSUNÇÃO e FRANCISCO (2002), a prioridade ontológica do trabalho e do contexto social sobre as características individuais, visto a centralidade do trabalho no processo de constituição do sujeito.

Identifica-se entre os servidores portadores de LER/DORT, através dos depoimentos das entrevistadas, que, diante de tal organização do trabalho, desdobram-se para cumprir as responsabilidades da função, internalizando o controle externo das regras, das relações hierárquicas e dos prazos institucionais. O autocontrole, como demonstrado por diversos autores, entre eles LIMA (1996), é uma forma de controle sobre o trabalhador mais eficaz do que os controles explícitos e autoritários, tanto que as empresas modernas já adotaram políticas organizacionais nesse sentido.

“(...) as pessoas acham que as coisas têm que acontecer. Isso é o pressuposto, tu entende... a gente faz as coisas acontecerem, mas não por uma linha rígida... e se não acontecer, é complicado (...) o que se sabe é assim, se tu não cumprir o teu trabalho, tu acaba, né, o próprio grupo, de alguma forma tu acaba ficando escanteado, né.”
(Eliete)

A análise das especificidades do modo de gestão tecnoburocrático articuladas à manifestação das patologias do grupo LER/DORT revela que a forma como a instituição tem lidado com a precarização das condições materiais e humanas implica na responsabilização do servidor, individualmente, pela demanda de serviço. Tal estratégia vem de encontro à importância conferida ao saber no modelo tecnoburocrático, que contribuiu para a individualização/personalização, com a conseqüente sobrecarga de trabalho para aqueles que assumem a demanda; atitude esta que, por sua vez, vem atender à valorização do saber-fazer na instituição. Assim, a personalização se revela enquanto uma outra faceta da impessoalidade, e não como oposição a esta, haja visto o reconhecimento do saber-fazer – personalizado, individualizado, ao qual se atribui a solução frente a precarização – mas não o reconhecimento do servidor que sabe-fazer, este permanecendo como mais um funcionário dentro do sistema impessoal da gestão tecnoburocrática.

Conjugam-se, assim, diversos fatores no processo de manifestação de patologias inscritas no grupo LER/DORT: condições de trabalho, organização do trabalho

expressa nas especificidades do modo de gestão, políticas governamentais, transformações no mundo do trabalho, trajetórias ocupacionais, histórias de vida, e a singularidade de cada servidor-trabalhador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As patologias agrupadas como LER/DORT vem sendo amplamente estudadas, no Brasil e no exterior, a partir de diferentes enfoques e campos disciplinares, dada a sua complexidade e disseminação nos mais diversos espaços laborais, inclusive no âmbito do serviço público. Este estudo focalizou as especificidades do modo de gestão tecnoburocrático, no serviço público, a fim de compreender como essa doença se manifesta em um contexto específico e particular, identificando os elementos concretos da articulação trabalho e saúde. Análises sobre os mecanismos e processos pelos quais a LER/DORT se manifesta nos diferentes contextos de trabalho contribuem para proposições de ações eficazes de informação, prevenção e de tratamento, minimizando assim, o sofrimento físico/psíquico de um elevado contingente de trabalhadores e trabalhadoras.

No serviço público, as trajetórias de adoecimento dos servidores não diferem das histórias vividas por trabalhadores portadores de LER/DORT em outros espaços de trabalho. As manifestações da doença iniciam de forma insidiosa e evoluem para quadros clínicos graves e crônicos, visto a falta de administração adequada dos sintomas, com destaque para a inexistência de mecanismos institucionais de prevenção, acompanhamento e tratamento. Os sintomas, em especial a dor, passam a ser uma constante no cotidiano dos servidores, invadindo também a vida fora do trabalho. As limitações físicas decorrentes, em geral, se expressam nas formas de incapacidade e dependência, às quais também estão associadas repercussões psíquicas, principalmente estados depressivos.

As implicações psíquicas relacionam-se, também, à auto-culpabilização pela doença, construída a partir de práticas que privilegiam as estratégias individuais de administração da sintomatologia e apontam o servidor – seus modos de ser e de trabalhar e sua história de vida – como o responsável pela sua aquisição. A doença é concebida como propriedade do indivíduo, cabendo a ele a sua comprovação, a busca de tratamento e de estratégias para “ajustar” os sintomas às exigências do trabalho. Tais práticas expressam

políticas institucionais que, em geral, não reconhecem a articulação do trabalho no serviço público – o serviço – com o processo saúde/doença dos servidores, o que se reflete, também, na inexistência de campanhas preventivas sobre a LER/DORT, bem como na falta de encaminhamentos de caráter coletivo para aqueles servidores já adoecidos.

Tomando-se como base os registros oficiais da instituição, a LER/DORT é inexistente neste contexto laboral, apesar do reconhecimento de um elevado número de atendimentos referentes a distúrbios osteomusculares. Embora sejam reconhecidos como casos graves e reincidentes, os diagnósticos enfocam o trabalho como, no máximo, um fator agravante, e não como constitutivo ou contributivo da doença. Denota uma concepção do processo saúde/doença alicerçada no modelo biológico, tomando o corpo apenas como substrato orgânico – ignorando-o enquanto resultante, nunca acabado, de uma interação complexa do biológico, do psicológico e do social – e priorizando as estratégias individuais de enfrentamento. No campo da Psicologia, tais teorias têm contribuído para a formulação de explicações biopsicológicas e reducionistas ao analisar o adoecimento no trabalho.

Tais práticas e políticas em saúde do trabalhador, destacando-se os pressupostos da Medicina do Trabalho adotados pelo órgão de Perícia Médica, denotam a reprodução, no serviço público, do modelo biológico e individualizado presente nas empresas privadas e nos órgãos previdenciários brasileiros – contribuindo para a invisibilidade das patologias e acidentes dos servidores enquanto associados ao trabalho. Tal perspectiva revela que as propostas em prol da Saúde do Trabalhador, defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e expressas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (NARDI, 2002), ainda não se encontram efetivamente consolidadas na prática dos diferentes segmentos sociais, neste caso, no contexto do serviço público.

As características do modelo de gestão tecnoburocrático aí presentes transparecem no modo de funcionamento da Perícia Médica, cujo caráter eminentemente burocrático e fiscalizador se sustenta pela impessoalidade, pelo cumprimento estrito das normas legais e pela valorização do saber, que, neste caso, constituiu-se no saber da especialidade médica e ocupa uma posição representante da autoridade, conjugando, assim, a articulação saber-poder e o poder da autoridade hierárquica. Faz-se necessário salientar que os servidores lotados no órgão de Perícia também convivem com um quadro de precarização das condições de trabalho e de redução do quadro funcional, contudo, por desempenharem funções técnicas e por ocuparem cargos valorizados pela alta hierarquia, possuem mais flexibilidade nas relações laborais e encontram-se menos sujeitos a esforços físicos e a atividades repetitivas e monótonas.

No serviço público, mostram-se como fatores relevantes para a manifestação das patologias enquadradas como LER/DORT a precarização das condições de trabalho (instalações, equipamentos, instrumentos e ambientes de trabalho), a diminuição do quadro funcional, com conseqüente sobrecarga de trabalho para os servidores na ativa, que se expressa por jornadas extensas, ausência de pausas, ritmo intenso e pressão para atender às demandas institucionais. Diante deste contexto de precarização, a instituição tem utilizado estratégias alicerçadas na responsabilização individual dos servidores pela demanda de serviço – estratégia que vem de encontro às especificidades do modo de gestão tecnoburocrático. Portanto, ao contexto de precarização e intensificação do trabalho, se entrelaçam características próprias do modelo tecnoburocrático, que implicam um cotidiano de trabalho permeado por contradições do tipo impessoalidade *versus* personalização, autonomia *versus* ausência de controle, rigidez *versus* flexibilização, valorização *versus* desvalorização, entre outras.

No modo tecnoburocrático de gestão, conforme apontado por CHANLAT (1995, p.124), convive-se com mensagens contraditórias difíceis de serem superadas: *“fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo”*. O cotidiano de trabalho pautado por tais contradições constitui modos de ser e de trabalhar enquanto modos individualizados de se adaptar à precarização, tendo como respaldo institucional o reconhecimento pessoal do servidor, por parte da hierarquia e dos pares, atendendo, assim, à valorização do saber-fazer em conformidade com as normas burocráticas. Os servidores das atividades meio são os mais expostos a estes riscos, visto o menor espaço concedido pela organização do trabalho. A maior valorização institucional concedida aos servidores que ocupam cargos hierárquicos superiores e/ou que exercem atividades fins é, também, uma constante fonte de tensão. Contribui para a sobrecarga de trabalho a busca do reconhecimento das chefias e da hierarquia superior num sistema no qual o reconhecimento profissional das atividades meio não se faz presente, e ao qual se associam as políticas de pessoal para o funcionalismo público e a representação estigmatizada do servidor público na sociedade.

Conjugam-se, portanto, diversos fatores na etiologia de patologias inscritas no grupo LER/DORT: políticas governamentais que remetem à desvalorização do serviço público e dos trabalhadores aí presentes, precarização das condições de trabalho, organização do trabalho expressa nas especificidades do modo de gestão tecnoburocrático, trajetórias ocupacionais, histórias de vida, e a singularidade de cada servidor – cujos modos de ser e de trabalhar se constroem, também, no interior das instituições e de suas relações de trabalho. Reafirma-se o crescimento e a complexidade da LER/DORT, associadas às particularidades

de cada contexto laboral, cujas especificidades determinam os modos de adoecimento e seus percursos, revelando a inter-relação entre as dimensões subjetivas e objetivas – cuja compreensão se constitui em um desafio para todos aqueles que atuam no campo da saúde do trabalhador. Este entendimento deve propiciar ações de prevenção voltadas para as particularidades de cada espaço laboral. No âmbito do serviço público, constatam-se situações semelhantes àquelas encontradas na instituição estudada – o que não implica uma generalização, mas uma contribuição a novas investigações e na busca de soluções mais eficazes e apropriadas. A recomendação presente na literatura (MAENO, 2003) é de que os estudos priorizem as particularidades dos contextos laborais para subsidiar a implementação de programas de prevenção.

Algumas sugestões e recomendações

A abordagem interdisciplinar é imprescindível para a investigação e a prática no campo da Saúde do Trabalhador. Este estudo se constituiu em um olhar a partir da Psicologia, que tem importante contribuição no que se refere à dimensão subjetiva envolvida nas situações de adoecimento, indicando aspectos que necessitam maior aprofundamento, bem como orientando, juntamente com outros profissionais e com os próprios trabalhadores, ações de prevenção e de tratamento.

Alguns aspectos merecem estudos aprofundados, como a investigação junto aqueles servidores que não adoecem, observando suas estratégias de resistência; a análise de outras patologias associadas ao trabalho na instituição, como é o caso dos distúrbios psiquiátricos, alcoolismo e dependência química – cujos índices são elevados; a investigação das mudanças já iniciadas na instituição referentes à saúde do trabalhador, incluindo as comissões de saúde constituídas enquanto movimentos coletivos dos servidores.

Neste sentido, faz-se necessário salientar o papel da organização dos servidores na instituição estudada na conquista de espaços de resistência e de reivindicações. Estes movimentos de caráter coletivo, principalmente através das comissões de saúde, devem ser priorizados na busca de dar visibilidade às situações de adoecimento no trabalho, bem como na proposição e execução de ações de prevenção, informação e outros encaminhamentos referentes à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. 6.ed., São Paulo: Brasiliense, 1994.

ALMEIDA, M. C. C. G. Características emocionais determinantes da LER. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Orgs.). *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. 4.ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p.24-56.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 5.ed., São Paulo: Cortez, 1998.

_____. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, J. N. G. Abordagem psicossocial da LER. In: ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A (Orgs.), *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998. p.217-236.

ARENDT, H. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

ASSUNÇÃO, A. A. Sistema músculo-esquelético: lesões por esforços repetitivos (LER). In: MENDES, R. (Org.), *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.173-198.

ASSUNÇÃO, A. A. e ROCHA, L. E. Agora...até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: ROCHA, L.E., RIGOTTO, R.M. BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.461-493.

BARBARINI, N. *Trabalho bancário e reestruturação produtiva: implicações no psiquismo dos trabalhadores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, C. A. e GUIMARÃES, L. A. M. Lesões por esforços repetitivos – LER: aspectos psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (Orgs.), *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. vol.1, p.73-86.

BONCIANI, M. O asbesto no Brasil. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.550-563.

BORGES, L. H. O trabalho de caixa bancário, saúde mental e Lesões por Esforços Repetitivos (LER). In: GLINA, M. R., ROCHA, L. E. (Orgs.), *Saúde mental no trabalho: desafios e soluções*. São Paulo: Editora VK, 2000. p. 167-204.

BOTTOMORE, T. Burocracia. In: *Dicionário do pensamento marxista*. 2.ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. p.40-41.

BOUDON, R. e BOURRICAUD, F. Burocracia. In: *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 1993. p. 35-40.

BRESCIANI, L. P. Panorama da reestruturação produtiva. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol.2, n.1, p.39-54, 1999.

CAILLIET, R. *Dor: mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

CANDIDO, V. G. e NEVES, M. A. Gênero, trabalho e saúde: um estudo de caso da LER numa empresa do setor metalúrgico. In: ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A. (Orgs.), *LER: dimensões ergonômicas e sociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998. p.181-200.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4.ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHANLAT, J-F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E., VASCONCELOS, J. (Orgs.), *“Recursos” Humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1995. p.118-128.

CODO, W. Providências na organização do trabalho para a prevenção da LER. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Orgs.). *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. 4.ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p.222-248.

_____. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: TAMAYO, A., BORGES-ANDRADE, J. E., CODO, W. (Orgs.), *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997. p.21-40.

_____. A arte de não fazer. O funcionário público faz o que precisa ser feito? In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 296-308.

CODO, W. e ALMEIDA, M. C. C. G. Apresentação. In: CODO, W. e ALMEIDA, M. C. C. G. (Orgs.), *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.7-11.

COHN, A. e MARSIGLIA, R. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.56-75.

COSTA, J. F. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In: *Clínica do social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 39-74.

CROZIER, M. *O fenômeno burocrático*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. *A banalização da injustiça social*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

DEJOURS, C. e ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p.119-143.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.138-156.

ELKELES, T., LENHARDT, U., ROSENBROCK, R. e SELIGMANN-SILVA, E. Origens e enfrentamentos de duas epidemias – lombalgias na Alemanha e LER no Brasil. Estudo comparativo. In: GLINA, M. R., ROCHA, L. E. (Orgs.), *Saúde mental no trabalho: desafios e soluções*. São Paulo: Editora VK, 2000. p. 205-236.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1986.

ESTRAMIANA, J. L. A. Perspectivas metodológicas em psicologia social. In: ESTRAMIANA, J. L., *Psicologia social: perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1995. p.98-115.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (Orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.101-111.

FONSECA, T. M. G. *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2000.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GARBIN, A. C., NEVES, I. R. e BATISTA, R. M. Etiologia do senso comum: as Lesões por Esforços Repetitivos na visão dos portadores. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol.1, n.1, p.43-55, 1998.

GÊNESIS. In: *A Bíblia sagrada*. Barueri, S.P.: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. p.3-50.
GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.*, 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F., NETO, O. C. GOMES, R., *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed., Petrópolis: Vozes, 2001. p.67-80.

GUIMARÃES, L. A. M., CARDOSO, W. L. C. D., GRUBITS, S., MARTINS, D. de A. Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (Orgs.), *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. vol.1, p.61-72.

HOLZMANN, L. Divisão sexual do trabalho. In: CATTANI, A.D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002. p.82-84.

JACQUES, M. G. C. *Trabalho, educação e construção da identidade*. Tese de Doutorado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 1993.

_____. Saúde mental e trabalho: a construção da identidade de trabalhador. *Cadernos de Sociologia*, v.7, p.167-175, 1995.

_____. “Doença dos nervos”: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In: JACQUES, M. G., CODO, W., *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 98-111.

KUDE, V. M. Metodologias qualitativas versus quantitativas na teoria de Khun: uma falsa antinomia. *Psico*. v.23, n.2, p.169-175, 1992.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LAURELL, A. C. e NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LECH, O., HOEFEL, M. G., SEVERO, A., PITÁGORAS, T. Aspectos clínicos dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT): Lesão por esforços repetitivos. In: COUTO, H., LECH, O., NICOLLETTI, S. (Orgs.), *Guia prático de lesão osteo-muscular relacionada ao trabalho*. Belo Horizonte: Editora Ergo, 1998. p. 1-122.

LEI 8112/90. www.servidor.gov.br/Legislação/docs/Leis. Acesso em 11/10/2002.

LIEDKE, E. R. Processo de trabalho. In: CATTANI, A.D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002a. p.247-249.

_____. Trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.), CATTANI, A.D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002b. p.341-346.

LIMA, A. B. e OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Orgs.). *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. 4.ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p.136-159.

LIMA, M. E. A. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. A dimensão psicológica. In: ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A (Orgs.), *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998. p.201-216.

_____. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G. e CODO, W. (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 50-81.

LIMA, M. E. A. e LIMA, F. P. A. Introdução geral. In: ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A (Orgs.), *LER: dimensões ergonômicas e sociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998. p. 11-29.

LIMA, M. E. A; ASSUNÇÃO, A. A.; FRANCISCO, J. M. S. D. Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.209-246.

LIMA, F. P. A.; ARAÚJO, J. N. G.; SOUZA, R. J.; ALVES, G. B. O. A produção das lesões por esforços repetitivos num restaurante universitário: análise ergonômica e psicossocial. In: ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A (Orgs.), *LER: dimensões ergonômicas e sociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde, 1998. p.108-177.

MAENO, M. As lesões por esforços repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). In: RUIZ, R. (Org.), *Um mundo sem LER é possível*. Montevideo: Gráficos del sur, 2003. p.81-109.

MARX, K. División del trabajo y manufatura. In: MARX, K., *El capital: crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica, 1975. p.272-301.

MELLO, S. L. Entrevista: Sylvia Leser de Mello. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v.1, n.1, p.57-63, 1998.

MENDES, J. M. R. Acidente de trabalho. In: CATTANI, A.D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002a. p.31-40.

_____. O acidente e a morte no trabalho: o verso e o averso de uma história e a construção social de sua invisibilidade. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002b. p. 325-341.

MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. (Org.), *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.5-31.

MERLO, A. R. C. *A informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho*. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 1999.

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

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

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F., NETO, O. C. GOMES, R., *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed., Petrópolis: Vozes, 2001. p.9-29.

_____. *Metodologia da pesquisa qualitativa*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINISTERIO DA SAUDE DO BRASIL. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MIRANDA, N. N. *O serviço público e os impasses da burocracia*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998.

MONTEIRO, A. L. Os aspectos legais das tenossinovites. In: CODO, W; ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.) *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. 4.ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p. 251-320.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F. C. P. *O que é burocracia*. 12 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

NARDI, H. C. *Saúde, trabalho e discurso médico: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho*. São Leopoldo: Editora da UNISINOS, 1999.

_____. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4.ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002. p.283-287.

NARDI, H. C., TITTONI, J. e BERNARDES, J. S. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4.ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002. p.302-308.

NEVES, J. M. d'A. *A produção da governabilidade na gestão do trabalho no serviço público: uma contribuição para análise das relações de trabalho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

NUNES, E. D. e ROCHA, L. E. Tudo por um “Brasil grande”: 1945-1964. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993a. p.109-121.

_____. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento sindical: 1964-1980. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993b. p.122-137.

PAULON, S. M. *A representação social da cidadania no trabalhador público: possibilidades educativas para a vida pública no processo de trabalho*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1994.

PRATES, M. A. S. e BARROS, B. T. O estilo brasileiro de administrar. In: MOTTA, F. C. P. e CALDAS, M. P. (Orgs.), *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997. p.55-69.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cadernos de saúde pública*, vol.13, n.2, p.85-93, 1997.

ROCHA, L. E. e NUNES, E. D. Apresentação: por que retomar os caminhos da história? In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993a. p.79-82.

ROCHA, L. E. e NUNES, E. D. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M., BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993b. p.83-96.

ROMANO, B. W. O que é normal e patológico do ponto de vista psíquico quando se adocece do corpo. In: ROMANO, B. W., *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 35-44.

RUDUIT, S. Terceirização / subcontratação. In: CATTANI, A.D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002, p.335-341.

SAMPAIO, J. J. *Epidemiologia da imprecisão*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTORUM, K. M. T. *Mulheres trabalhadoras e lesões por esforços repetitivos: uma análise na perspectiva de gênero e trabalho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1996.

SATO, L., ARAÚJO, M., UDIHARA, M.L., NICOTERA, F., DALTON, M.T., SETTIMI, M. e SILVESTRE, M. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.21, n.79, p.49-61, 1993.

SATO, L. *Astúcia e ambigüidade: as condições simbólicas para o replanejamento negociado do trabalho no chão de fábrica*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

_____. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.31-49.

_____. Subjetividade, saúde mental e LER. In: RUIZ, ROBERTO (Org.), *Um mundo sem LER é possível*. Montevideo: Gráficos del sur, 2003. p.61-78.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ / Cortez, 1994.

SETTIMI, M. M. e SILVESTRE, M. P. Lesões por Esforços Repetitivos: um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W., ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.), *Lesões por Esforços Repetitivos: diagnóstico, tratamento e prevenção – uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1995. p.321-355.

SILVA, R. G. e SILVA, T. V. A saúde dos trabalhadores de uma universidade pública federal. In: LIMA, M. C. R. e ARMANI, T. B. (Orgs.), *Estudos em saúde pública: aspectos do cotidiano*. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 171-184.

SPINK, M. J e LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

THÉBAUD-MONY, A. *Os riscos da terceirização no trabalho nuclear: metodologia de investigação e alguns resultados*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 24 de abril de 2001. Comunicação Oral.

TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. D. (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002, p.279-283.

TITTONI, J. e JACQUES, M. G. C. Pesquisa. In: JACQUES, M. G. C. (Org.), *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-85.

TRACTEMBERG, M. *Administração, poder e ideologia*. 2 ed., São Paulo: Cortez, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VERTHEIN, M. A. R. e MINAYO-GOMEZ, C. A construção do sujeito-doente em LER. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, vol. 7, n. 2, p. 327-345, 2000.

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. *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. 2.ed., México: Fondo de cultura económica, 1964.

_____. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 15 ed., São Paulo: Pioneira, 2000.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

Idade

Sexo

Escolaridade

Categoria funcional

Função exercida atualmente

Setor em que trabalha

Tempo na instituição

Histórico ocupacional

QUESTÕES SOBRE A ATIVIDADE DESENVOLVIDA

Rotina das tarefas

Jornada de trabalho, pausas, horários (Verificar se possui outro emprego/trabalho e, em caso positivo, verificar como é essa atividade)

Estabelecimento das rotinas de trabalho (quem estabelece e como)

Controle para modificar as rotinas e os procedimentos

Conteúdo do trabalho

Habilidades necessárias

Condições físicas do local de trabalho

Limitações da função e dificuldades encontradas

Relacionamento com a chefia

Relacionamento com os colegas de trabalho

Programas de qualificação

Reconhecimento

Salário, benefícios

Participação em mobilizações da categoria como manifestações públicas, greves, comissões de saúde, associações, etc.

QUESTÕES SOBRE SAÚDE E SINTOMATOLOGIA DE LER/DORT

Movimentos e esforços repetitivos

Sobrecarga de trabalho

Sintomatologia atual (LER/DORT)

Por que notificou / Por que não notificou

Como é atendido pela instituição / Procurou outra assistência / Por que

Como convive com os sintomas

Relação com os colegas e a chefia

Relação com a família

Mudanças de vida

Histórico de outras doenças/acidentes de trabalho

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

A LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) é um conjunto de doenças que afeta principalmente músculos, tendões e nervos, ocorrendo mais frequentemente nos membros superiores.

Estudos mostram que estes distúrbios se dão na relação entre o trabalhador e o trabalho, e têm na sua origem fatores biomecânicos, organizacionais e psicossociais. Esta pesquisa tem o objetivo de estudar a manifestação da LER/DORT no âmbito do serviço público e se constitui na minha dissertação de Mestrado neste Programa.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa e de que ela será realizada através uma entrevista. Informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Sei também que as informações sobre a minha pessoa serão mantidas em sigilo (caráter confidencial) e só serão divulgados dados gerais de todos os participantes da pesquisa. Fui informado de que, caso desista da participação nessa pesquisa, deverei avisar a pessoa responsável (Mayte Raya Amazarray), assim como qualquer situação imprevista que venha ocorrer. Os contatos com a responsável pela pesquisa podem ser feitos através do telefone (51) 33165149.

Porto Alegre, de de 2002.

Participante

Pesquisadora