

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL PARA O ESTUDO DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER): CONSTRUINDO UMA AGENDA PARA A SUPERAÇÃO DOS EFEITOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DO TRABALHADOR*

Alexandre Bonetti Lima^{**}, Alcides José Sanches Vergara^{***},
Elisabete Coelho^{***}, Rosely Y. Pisticchio^{***}, Sandra Yabumoto^{****},
Carolina de Almeida Marcideli^{****}, Renata Montenor^{****}

RESUMO

O presente trabalho é parte de um projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR, onde se busca identificar os fatores causais da organização do trabalho para o desencadeamento da LER junto aos trabalhadores do setor bancário, seguida de proposta de intervenção para a prevenção da patologia. A LER tem essa denominação por compreender que os movimentos e os esforços repetitivos nas atividades de trabalho sejam o principal fator de causação desta lesão: a LER vem ganhando uma incidência preocupante no ambiente de trabalho e isto deve-se à automação e informatização crescente dos processos de trabalho. Nesta pesquisa abordou-se os conteúdos das representações sociais, enfocando os significados que remetem à sua relação com o desencadeamento da LER, com o objetivo de criar um espaço de reflexão junto aos trabalhadores sobre os aspectos que envolvem a lesão; quais sejam psicossociais, jurídicos, de saúde, bem como os nexos de causalidade com o trabalho. Foram realizadas 22 entrevistas, obtendo-se um perfil dos participantes. O conteúdo destas foram categorizadas em: condições de trabalho, relações sociais, limites decorrentes da lesão e impactos da vida emocional, que serão referendados nas discussões de grupo com os participantes da pesquisa. Percebe-se uma situação de desamparo onde os pesquisados relatam sentimentos como: discriminação, depressão, angústia, ansiedade, impaciência e limitação. No trabalho em grupo criar-se-á uma agenda para a superação dos efeitos

* Trabalho apresentado na Comunicação Coordenada "Psicologia Social e Trabalho – Reflexões acerca de alguns estudos da Área de Psicologia Organizacional e do Trabalho da Universidade Estadual de Londrina", no I Congresso Paranaense de Psicologia Social – "Práticas e perspectivas da Psicologia Social no final do Século", ocorrido na cidade de Londrina, no período de 4 a 6 de novembro de 1999, promovido pela ABRAPSO – Núcleo de Londrina.

** Coordenador da Pesquisa e professor do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina. End: Rua Flor da Manhã, 110 – Bloco 3 - apto. 41 – Londrina – PR – CEP 86001-970. E-mail: bonetti@uel.br

*** Pesquisadores e professores do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina.

**** Acadêmicos do Curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina.

desta lesão, o que requer uma abordagem multidisciplinar e o reconhecimento da LER como um fenômeno biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE

LER / DORT – representações sociais – subjetividade

CONTRIBUTIONS OF THE SOCIAL PSYCHOLOGY FOR THE STUDY OF THE LESIONS FOR REPETITIVE EFFORTS (LRE): BUILDING A CALENDAR FOR THE SURPASSING OF THE EFFECTS OF THE WORK ORGANIZATION IN THE WORKER'S HEALTH

ABSTRACT

The present work is part of a research project of the Londrina State University, where it seeks the identification of the causal factors of the work organization that causes LRE on the workers of the banking industry, following by intervention proposal for the prevention of the pathology. The pathology LRE has this denomination because comprehends that the movements and the repetitive efforts in the work activities are the main factor that causes this lesion: the occurring of LRE is reaching a preoccupying incidence in the work atmosphere and this is due to the automation and the growing process of information of the work processes. It was studied in this research the contents of the social representations, focusing on the meanings that remit to the relationship that causes the LRE, with the objective of creating a reflection space with the workers on the aspects that involve the lesion; which are psycho-social, juridical, of health, as well as the causality connections with the work. 22 interviews were accomplished, obtaining a profile of the participants. The content of the interviews was classified in: work conditions, social relationships, current limits of the lesion and impacts of the emotional life, that it will be countersigned in the group discussions with the participants of the research. It is noticed a situation of abandonment where the subjects of research describe their feelings as: discrimination, depression, anguish, anxiety, impatience and limitation. In the work in group it will be created a calendar for the process of surpassing the effects of this lesion, what requests an approach multidiscipline and the recognition of LRE as a phenomenon biopsychosocial.

KEY WORDS

Lesions for Repetitive Efforts (LRE) – social representations – subjectivity

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL PARA O ESTUDO DAS
LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER): CONSTRUINDO UMA
AGENDA PARA A SUPERAÇÃO DOS EFEITOS DA ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Alexandre Bonetti Lima
Alcides José Sanches Vergara
Elisabete Coelho
Rosely Y. Pisticchio
Sandra . Yabumoto
Carolina de Almeida Marcideli
Renata Montenor

1 Introduzindo o tema e descrevendo os passos da pesquisa

As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (LER/DORT) têm se apresentado como um sério problema no mundo do trabalho nos últimos anos. Inicialmente conhecida como doença dos digitadores, atualmente poucas são as categorias profissionais cujos trabalhadores estão resguardados das ameaças de desenvolvê-la. Tal problema, por sua vez, não se restringe à realidade de países em desenvolvimento como o Brasil, os quais, tradicionalmente, expõem seus trabalhadores a condições laborais extremamente precárias. Em artigo de janeiro de 1995, a revista Exame constata apreensiva que nos Estados Unidos da América, as LER/DORT respondiam por 56% dos casos de doença ocupacional. Situação semelhante vem ocorrendo em outros países desenvolvidos, tais como Japão, Canadá, Austrália, Itália como pode-se verificar através da leitura dos inúmeros artigos científicos, oriundos desses países, onde médicos, fisioterapeutas, ergonomistas, psicólogos e profissionais de saúde em geral procuram decifrar as causas da lesão e elaborar medidas preventivas eficazes.

No Brasil, não se tem acesso a dados que identifiquem com confiabilidade a incidência da lesão. Não obstante esta limitação, pode-se

inferir, a partir deles, a gravidade da sua presença atual entre os trabalhadores do país. Assim, segundo o INSS, as LER/DORT são atualmente a segunda causa de afastamento do trabalho no país e nos últimos cinco anos foram abertas 532.434 Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) relativas a esta afecção.

No tocante aos dados locais, o Relatório Anual do Núcleo de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais (NUSAT) localiza as LER/DORT ocupando 70,6% das doenças profissionais atendidas nesta instituição no ano de 1995, representando 1160 casos. Da mesma forma, no Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador de São Paulo, verifica-se que no ano de 1994 cerca de 65% dos diagnósticos realizados no ambulatório desta instituição eram registrados como LER, perfazendo um total de 650 lesionados. Tal grupo era distribuído em 35,5% de bancários; 33,7% de metalúrgicos; 13,4%, serviços; 3,1%, comércio; 2,1%, confecção e vestuário, e 12%, outros (Settimi & Silvestre, 1995).

Além da variedade de ramos de atividades com potencial de riscos ao aparecimento da patologia, outra distribuição que também vale ser aqui exposta é a que se refere à faixa etária dos portadores. Assim, na distribuição do Centro de Referência, verifica-se o predomínio de uma população jovem e em meio à fase produtiva: 0,6% tem menos de 18 anos; 18,4%, entre 18 e 25 anos; 45%, entre 26 e 35 anos; 23,5%, de 36 a 45 anos, e 5% compõem os que têm mais de 45 anos.

Diante de tal situação, e considerando a pouca quantidade de trabalhos com a contribuição da Psicologia Social para compreender os fatores de causalidade desta patologia, bem como os impactos que determina na vida cotidiana dos portadores – dentro e fora do ambiente de trabalho –, mobilizamo-nos para iniciar esta pesquisa, até o momento, parcialmente realizada.

Para tanto, inicialmente delimitou-se a região de Londrina como área de investigação, posto ser um local que vem passando por um processo de transformação social e econômica bastante dinâmico. Com pouco mais de 65 anos de existência, já possui cerca de 500.000 habitantes, tornando-se de uma economia baseada predominantemente no setor agrícola, para uma economia cuja mão-de-obra é absorvida principalmente pelos setores de

serviços urbanos, além do industrial. Trata-se de uma situação que acabou por produzir impactos profundos no cotidiano da cidade, os quais têm sido muito pouco registrados e controlados pelo poder público. Entre tais impactos, a saúde dos trabalhadores, particularmente no tocante às lesões por esforços repetitivos e aos acidentes de trabalho, são destacadamente problemáticos.

Delimitada a região, iniciou-se o estudo obtendo-se junto ao Centro de Epidemiologia do Paraná, da Secretaria de Estado da Saúde, os dados tratados e informatizados das CATs no Estado do Paraná e na cidade de Londrina. Conscientes da distância que existe entre os registros das CATs e a incidência real das LER nos contextos de trabalho – dada a prática de subnotificação vigente – procurou-se com isto apenas formar uma idéia inicial, através da comparação, da posição ocupada pelas LER/DORT no conjunto das doenças profissionais, bem como identificar os ramos de atividades mais acometidos pela lesão. Assim, no ano de 1997 – único em que as CATs foram trabalhadas no município até o momento, e último em que foram trabalhadas no Estado* – as LER/DORT ocupam o segundo lugar em incidência de doenças profissionais no Estado com 42,7% dos casos (646 portadores), ficando logo atrás de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), com 43,3%. E entre as categorias profissionais acometidas pela lesão, os bancários ocupam com destaque o primeiro lugar com 53,3%.

Diferentemente, em Londrina as LER/DORT ocupam o primeiro lugar entre as doenças profissionais, com 35 casos. Na distribuição por ramos de atividades, porém, o destaque também vai para as empresas bancárias, com 74,3% dos casos, vindo os estabelecimentos hospitalares e os postos de saúde em segundo lugar, com 14,3% dos casos. Vale ressaltar ainda as distribuições por faixa etária e por sexo, onde foi constatada uma esmagadora maioria dos lesionados concentrados em idade jovem e produtiva: 94,3% estão na faixa que vai dos 16 aos 40 anos, sendo que deste total 8,6% tem menos de 19 anos. Na distribuição por sexo, a maioria dos acometidos é do sexo feminino, com 62,9%.

* No ano de 1999.

Com estes dados em mãos, decidiu-se focalizar o estudo junto aos bancários, tendo em vista a concentração de casos da lesão entre os trabalhadores deste ramo de atividades. Inicialmente, fez-se um levantamento junto ao sindicato dos bancários de Londrina e região, acerca dos registros que possuíam dos lesionados da categoria, no intuito de convidá-los a fazer parte da pesquisa. Através das CATs existentes no sindicato foram localizados 48 lesionados, que receberam em seus endereços residenciais uma carta explicativa da pesquisa, pedindo para que entrassem em contato com os pesquisadores. Realizou-se então, 22 entrevistas individuais, segundo os horários e locais mais convenientes aos entrevistados, segundo um roteiro semi-estruturado.

Terminada esta etapa, iniciou-se com os lesionados que já haviam participado anteriormente a etapa seguinte da pesquisa, a saber: as entrevistas em grupo. Organizou-se então, dois grupos de 8 e 9 membros, coordenados, cada um deles, por um dos pesquisadores, e com participação de representante do sindicato da categoria. Cada um destes grupos vem se encontrando uma vez por semana, durante 9 a 10 reuniões, por cerca de duas horas cada uma, e em horários regulares. Os temas norteadores das discussões foram definidos a partir da análise dos conteúdos das entrevistas individuais.

Após esta etapa, será analisado todo o conjunto de registros organizado, elaborando-se um relatório que será discutido junto ao sindicato e aos lesionados que participaram, e estão participando, da construção desta pesquisa. Em seguida, uma segunda parte do trabalho será iniciada, visando contribuir e apoiar os lesionados, junto ao sindicato dos bancários, na iniciativa de constituir uma associação de portadores de LER/DORT de Londrina, que deverá ser composta por portadores provenientes de qualquer categoria profissional.

2 Discutindo o referencial teórico e metodológico utilizado acerca do processo saúde-doença

Para compreender o fenômeno LER/DORT e alcançar os objetivos

delimitados para a pesquisa, foram selecionados autores que explicam o processo saúde-doença em vista das determinações sociais e históricas que o contextualizam. Assim, destacou-se aqueles da epidemiologia social, como Laurell, Noriega, Soriano, entre outros, que utilizando referencial marxista, superam as limitações da epidemiologia clássica de base positivista, trazendo para este campo de estudos uma perspectiva mais ampla e profunda do processo saúde-doença no campo do trabalho.

Sobre isso, dizem Lima, Araújo & Lima (1998):

As limitações do modelo médico-biológico seriam: 1) o agnosticismo voluntário (limita-se a conhecer as relações de causa e efeito mais imediatas); 2) a fatoração dos riscos e das condições de trabalho, levando a uma síntese meramente somatória de diferentes 'fatores' de risco, sem que se saiba como eles interagem entre si e com o trabalhador; 3) os princípios de explicação mono e multicausais, que também são insuficientes para esgotar a profundidade dos processos sociais de gênese da doença e a determinação hierárquica e qualitativa das diferentes causas; finalmente 4) a concepção desenvolvimentista de saúde, vista como um estado de equilíbrio a ser atingido, graças à eliminação progressiva dos agentes patológicos, facultada pelo desenvolvimento técnico (p. 20).

Diferentemente, aqueles autores explicam o fenômeno do processo saúde-doença, localizando-o num contexto sócio-econômico, datado historicamente: o sistema capitalista. Este se sustenta através da produção da mais valia, o que implica num processo de consumo da força de trabalho, visto que a produção da mais valia realiza-se através de uma divisão social do trabalho, na qual escapa do trabalhador qualquer possibilidade de controle sobre o sistema produtivo, cujo único fim é o aumento da produtividade e do lucro. Nesta circunstâncias o trabalho é algo externo ao trabalhador, isto é, algo que não forma parte de sua essência em que, portanto, o operário não se afirma, senão que se nega em seu trabalho, não se sente bem, senão com desgosto, não desenvolve suas livres energias físicas e espirituais, senão que mortifica seu corpo e arruína seu espírito. É um trabalho alienado, portanto, cujas conseqüências para a saúde dos trabalhadores são particularmente perversas nos países de industrialização tardia, onde a correlação de forças entre capital e trabalho é extremamente desigual, restando a estes um reduzido

poder de barganha e reivindicação contra os donos dos meios de produção.

Ainda dentro desta perspectiva, aponta Rojas Soriano que, no âmbito capitalista, o processo de trabalho organiza-se segundo diferentes unidades de produção e diferentes ramos de atividades, os quais materializam o modo de produção deste sistema. Do ponto de vista metodológico, estes são espaços privilegiados para se estudar empiricamente

[...] a exploração da força de trabalho pelo capitalista e suas conseqüências: os danos à saúde da classe trabalhadora. Obviamente, a análise a este nível deve organizar-se e dirigir-se por meio de conceitos e leis (por exemplo, processo de trabalho, modo de produção capitalista, lei geral da acumulação capitalista, mais valia) que permitam a apropriação teórica da realidade concreta, a fim de alcançar uma representação mais objetiva e precisa das características que assume a exploração capitalista em um momento histórico determinado. (1982, p. 62).

Rojas Soriano, assim como Laurell e os autores da epidemiologia social, no entanto, optam por focalizar, em seus estudos, o processo saúde-doença no âmbito coletivo. Mais do que isso, caracterizam-no como um processo coletivo. Não obstante contemplarem a investigação empírica como método, procuram definir padrões de desgaste da força de trabalho que “não se expressam em identidades patológicas específicas, mas no que chamamos o perfil patológico, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos definidos” (Laurell & Noriega, 1989, p. 157). O indivíduo, portanto, ocupa um espaço bastante reduzido nesta perspectiva. Toda a diversidade e singularidade das estratégias e das relações individuais com o processo laboral, e com os riscos de desenvolvimento de doenças e acidentes de trabalho são praticamente ignoradas (Lima, Araújo & Lima, 1998). A ênfase é dada quase exclusivamente às generalizações das categorias coletivas.

Não obstante defender-se aqui a importância de localizar o processo saúde-doença num contexto mais amplo – nas contradições de um sistema sócio-econômico historicamente datado – entende-se que é no indivíduo que o processo saúde-doença se materializa. Procura-se, portanto, contemplar, nas investigações, as perspectivas, representações e percepções individuais sobre a doença da população em estudo. Tal escolha também se fez porque,

através de estudos bibliográficos e investigações anteriores sobre as LER/DORT, verificou-se que estas possuem uma característica bastante peculiar, a saber, ser um conjunto de lesões de difícil identificação, não apenas aos olhos leigos, mas também aos olhos profissionais do médico. Histórias de trabalhadores que, procurando pelo médico da empresa, ouvem como resposta às suas queixas "diagnósticos" como: *"isso não é nada, é pulso aberto"*; *"isso é psicológico, coisa de sua cabeça"*; *"você não está querendo trabalhar"*, (relatos coletados em entrevistas), entre outras, são infelizmente rotineiras, até que a doença se agrave e impossibilite o trabalhador de realizar suas tarefas laborais. Conforme pode ser constatado durante a pesquisa, tal situação leva os lesionados a mergulharem em um cotidiano de discriminação contínua por parte dos colegas de trabalho, chefias imediatas e algumas vezes também pelos próprios membros da família, que descrêem da veracidade e da gravidade dos sintomas e limitações de movimento impostos pela doença. Um depoimento de uma portadora de LER/DORT, citado em um artigo sobre os aspectos psicossociais da lesão (Lima & Oliveira, 1995), ilustra um pouco do que vive o sujeito subjugado a este cotidiano de discriminação:

Eu preferia ter os braços amputados do que essa doença. Já passei por vários médicos, de vários lugares e cada um disse que eu tenho uma coisa. E mesmo os que dizem que eu tenho LER, cada um dá um tratamento diferente e nenhum deles me diz se eu vou ficar curada ou não, se a doença vai regredir ou não. Isso me deixa muito angustiada porque eu não tenho uma definição do que eu tenho (p. 152).

Mais adiante, outra portadora relata:

Eu me sentia como uma peça de engrenagem que depois de quebrada é retirada e jogada no lixo, porque não é mais nada (p. 153).

Diante desta situação, procurou-se responder algumas indagações, tais como: em meio a este ambiente contraditório, onde uma doença extremamente limitante e dolorosa impõe sua existência ao portador que, no entanto, se enreda em campos de relações que cotidianamente a desconfirmam como existente, como ele realiza o processo de significação

da doença? Como realiza a ancoragem dessa “coisa” fortemente presente, porém disforme e negada pelo entorno social, no repertório de significados já existente que constitui sua subjetividade? Como construir estratégias de ação individuais e coletivas para lidar com essa experiência? Mais ainda, como o indivíduo pode se reconhecer em meio a essa nova realidade e, assim, reconstruir sua identidade? São questões que demandam instrumentos metodológicos distintos dos da epidemiologia social, que permitem penetrar no universo das experiências e representações dos sujeitos desta pesquisa sem, no entanto, deixar de contextualizá-las social e historicamente.

Sendo um dos objetivos deste estudo apreender os fatores de causação das LER/DORT nos contextos de trabalho, a partir de estudos bibliográficos e, em particular, do conhecimento prático dos trabalhadores, faz-se necessário, portanto, aportes metodológicos que possibilitem extrair estes conhecimentos de maneira a construir um modelo que propicie identificar o que há na organização de trabalho bancário que leva ao desenvolvimento desta doença.

Segundo Sato (1995): “Não é de hoje que se busca construir um conhecimento sobre como o trabalho pode afetar a saúde a partir do próprio trabalhador” (p. 48). A primeira experiência de pesquisa nesse sentido a causar impacto na comunidade científica, foi desenvolvida pelo movimento operário italiano no final da década de 60, conhecida como Modelo Operário. (Oddone et al. *apud* Sato, 1995). Para o Modelo Operário, os trabalhadores são detentores de um conhecimento de trabalho que é construído nas experiências cotidianas na fábrica – ou qualquer outro local de trabalho – e, portanto, deve ser privilegiado como base de luta pela prevenção da saúde dos trabalhadores.

São quatro os princípios norteadores do Modelo Operário: a não delegação, a experiência ou subjetividade operária, o grupo homogêneo e a validação consensual. Partindo destes princípios, “o processo parte da observação espontânea realizada pelos operários com respeito a suas condições de trabalho e que existe uma experiência acumulada primária depositada no grupo” (Laurell, 1984, p. 68). Trabalha-se com os grupos homogêneos de trabalhadores objetivando-se extrair os conteúdos da

experiência coletiva e não somente individual. Referindo-se a tais grupos, diz Mallet (1988): “o grupo operário homogêneo é caracterizado por uma mesma situação geográfica dentro do local de trabalho, uma mesma posição na organização de trabalho e exposição aos mesmos fatores de risco. Ele é a unidade mínima do coletivo de trabalhadores” (p. 59).

Depois da coleta de dados por meio do grupo homogêneo, os mesmos são categorizados segundo quatro tipos de riscos:

O primeiro grupo compreende os fatores presentes também no ambiente em que o homem vive fora do trabalho (nos locais de habitação): luz, barulho, temperatura, ventilação e umidade (...). O segundo grupo compreende os fatores característicos do ambiente de trabalho: poeiras, gases, vapores e fumaça. Por exemplo: poeira de sílica, de amianto, vapores de benzeno, gás de sulfeto de carbono (...). O terceiro grupo refere-se ao esforço físico no trabalho. (...) O quarto grupo de fatores nocivos compreende cada condição de trabalho, além do trabalho físico, capaz de provocar stress, por exemplo: monotonia, ritmos excessivos, ocupação do tempo, repetitividade, ansiedade, responsabilidade, posições incômodas etc. (Oddone et al. *apud* Sato, 1995, p. 23-24).

Em seguida, essas informações categorizadas são analisadas por técnicos especialistas, que as quantificam para, então, serem discutidas e validadas consensualmente pelo coletivo de trabalhadores.

Laurell & Noriega (1989), contudo, questionam a proposta metodológica do Modelo Operário, dizendo:

Identifica-se que a concepção que se perfila mais claramente nos textos é a subjetividade-experiência operária, como conhecimento latente acumulado, resultado do viver e atuar numa determinada realidade, cujo portador é o grupo homogêneo, ou seja, a coletividade que compartilha dessa realidade (...). Não há, porém, uma discussão pormenorizada sobre a natureza da experiência-subjetividade operária, sobre sua construção, nem sequer sobre sua relação com as condições objetivas de trabalho (p. 88).

Em que pese as críticas realizadas ao Modelo Operário, é preciso reconhecer a sua relevância para o avanço dos estudos sobre saúde nos ambientes de trabalho, uma vez que, a partir dele, abriu-se um espaço importante, no discurso científico, para a voz do trabalhador e seu conhecimento sobre o trabalho. Com a abertura deste espaço, entretanto,

novos problemas emergiram para os pesquisadores, a saber: Quais categorias utilizar para interpretar o saber operário cientificamente? Como opera a lógica do conhecimento prático?

Procurando alcançar respostas para superar estes novos problemas, Grimber (1988), ao investigar o saber dos trabalhadores gráficos, procura compreender a construção social do processo saúde-doença nesta categoria. Diz a autora:

Os processos saúde-doença são objeto de uma construção social que se expressa em modos de perceber, categorizar e significar a saúde e a enfermidade, e em uma série de práticas em torno das mesmas. E por sua vez, esta construção implica sobretudo uma articulação de modos de representar o trabalho, isto é, esta construção supõe determinados modos de relacionar o trabalho e a saúde-doença. Isto conduz a propor que estes saberes e práticas não foram gerados só por especialistas (médicos e técnicos), nem são atributos exclusivo deles. Pelo contrário, os trabalhadores foram e são sujeitos ativos nesta construção (*apud* Sato, 1991, p. 20).

Estudos como os de Grimber resultam do que Spink (1993) denomina como Terceiro Movimento das Teorias do Conhecimento nas Ciências Sociais. Diz a autora: “Neste terceiro movimento, o que está em pauta é o desvelamento da teia de significados que sustenta nosso cotidiano e sem a qual nenhuma sociedade pode existir” (p. 303). Rompem, portanto, com as concepções que dicotomizam a realidade em objetiva e subjetiva, e entendem-nas como intimamente e dinamicamente articuladas. Nessa articulação, a realidade da vida cotidiana é socialmente construída, e produz, por sua vez, o ser humano (Berger & Luckmann, 1994).

Sobre isso, afirma Pino (1994):

O desenvolvimento do homem implica a apropriação das características humanas e da produção cultural dos homens. Consequentemente, o ser humano não é nem obra da natureza, nem produto da ação modeladora do meio e nem o resultado de qualquer processo interativo-adaptativo do tipo organismo-meio, onde a natureza polimorfa do meio desencadearia no organismo processos internos de construção de estruturas ou funções virtualmente presentes nele em forma germinal. Ele é uma produção social na qual participa na condição de sujeito (p. 17).

Para Bakhtin (*apud* Smolka, 1993), a atividade psíquica é inconcebível sem o material semiótico, a produção de signos. Porém, os signos, o processo de produção da realidade simbólica só tem possibilidade de existência, a partir da intercomunicação social. Deduz-se daí, que a constituição do sujeito, a emergência da consciência é um processo derivado da ação comunicativa, da intersubjetividade.

Consonante com esta concepção da realidade, o conceito de Representações Sociais vem ocupando espaço importante como instrumento utilizado para apreender o conhecimento dos trabalhadores no tocante à relação saúde e trabalho. Tal conceito, introduzido por Moscovici em 1961 mediante publicação da pesquisa "La Psychanalyse – son image e son public" é definido como sendo formas de conhecimento do senso comum, compartilhadas e elaboradas socialmente, com o fim de apreender e comunicar as experiências do cotidiano. A configuração estrutural das representações sociais, segundo Moscovici (1988), nos aparece desdobrada; ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica. Nós escrevemos que: Representação figura/Significação entendendo por isso que ela faz compreender em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura.

Como propósito último e elemento de sustentação para a construção das representações sociais, Moscovici aponta para a necessidade de tornar as experiências estranhas em familiares, como uma característica da existência humana. Desta forma, a não familiaridade poderá ganhar um sentido (pessoal e social) e ser apreendida por quem a experiencia, bem como ser comunicada ao entorno social. Para tanto, o autor lança mão de dois conceitos para dar conta da compreensão e explicação de tais atitudes de fornecimento de significações inteligíveis às experiências do cotidiano: o conceito de objetivação e o de ancoragem. O primeiro constrói materialidade em algo abstrato, obscuro dando-lhe uma natureza concreta; o segundo fornece um sentido a um objeto de natureza desconhecida. Essas doações/criações de sentido e materialidade às experiências novas de cada um se dão a partir de um arcabouço de experiências significativas (e já processadas para tornarem-

se familiares) vividas e contidas na memória dos indivíduos e do contexto social e cultural do qual fazem parte.

Vale agora enfatizar outro aspecto importante acerca das representações sociais, a saber, a interrelação dialética que estabelece com o cotidiano, o que lhe determina uma grande plasticidade e dinamismo. Significa que a interação social entre indivíduos e contexto social, no processo de compreensão e comunicação das experiências vividas no dia-a-dia, a partir da significação dada a tais experiências, determina o caráter de historicidade e processualidade dos valores e verdades culturais de cada época e lugar, bem como das representações de tais. Em outras palavras, pode-se dizer que a interrelação entre indivíduo e sociedade determina influências mútuas entre estes dois campos que, *ad eternum*, transformarão um ao outro dialeticamente.

Assim sendo, as representações sociais têm caráter estruturante das visões do sujeito sobre a realidade, uma vez que detêm o poder de canalizar formas de compreensão da vida cotidiana. Como diz Jodelet (1985): “ao dar sentido, dentro de um incessante movimento social, a acontecimentos e atos que terminam por ser-nos habituais, este conhecimento forja as evidências de nossa realidade consensual, participa da construção social de nossa realidade” (p. 473).

Não obstante o caráter estruturante, criativo das representações sociais, elas são elaboradas num processo no qual interagem os campos de ordem social e psicológica, e não exclusivamente a partir de conteúdos subjetivos. Assim: “O conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente caracterizados. Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social” (Jodelet, 1985, p. 474).

Segundo Spink (1993), o campo de estudos das representações sociais divide-se em várias correntes. Ressalta, porém, a divisão de tais correntes em dois grandes grupos: os que tendem a estudá-las dando ênfase aos seus processos e os que enfatizam seus conteúdos.

Nesse sentido, no presente estudo serão abordados os conteúdos das representações sociais sobre as LER/DORT e o trabalho, enfocando os significados que remetem à relação existente entre ambos, bem como aos impactos provocados pela patologia na vida cotidiana do portador. Considerando o contexto de relações em que normalmente se encontram após o desenvolvimento da lesão, onde são continuamente desacreditados quanto à veracidade e seriedade dos sintomas que relatam sentir, buscar-se-á também, como procedimento metodológico, promover um espaço de discussão e reflexão conjuntos – na fase das entrevistas em grupo – sobre as experiências do viver com LER/DORT, de modo a produzir uma narrativa coletiva que materialize e ressignifique para eles a doença em questão.

3 Sobre o procedimento de análise

Com exceção da coleta inicial dos dados de incidência, todo o restante do procedimento de coleta de informações orientou-se por meio de metodologia qualitativa. O procedimento de análise, portanto, não poderia ser diferente. Assim, para analisar os relatos registrados e organizados das entrevistas individuais e coletivas, entendeu-se ser necessário partir de uma definição de linguagem que nos permita uma leitura rigorosa dos mesmos. Recorrendo a Pagés et al. (1990), a linguagem será compreendida, simultaneamente, como individual e coletiva. Diz o autor:

[...] discurso é ao mesmo tempo coletivo e individual. O discurso é coletivo, à medida que cada indivíduo revela de maneira exemplar estruturas, relações entre fenômenos, presentes de diferentes formas nos outros indivíduos (...) O discurso também é coletivo pelas complementariedades e não mais pelas semelhanças dos diferentes discursos (...) Mas é verdade também que cada discurso é único e pode ser tratado do ponto de vista do indivíduo (p. 200-201).

Ainda sobre o tema da linguagem, Pagés et al. complementam, revelando sua natureza, ao mesmo tempo, subjetiva e objetiva:

Nossa posição é que o discurso informa ao mesmo tempo sobre uma realidade 'objetiva' exterior e transcendente aos indivíduos e sobre seu universo mental. Muito útil foi a formulação de Kurt Lewin acerca disto, com a noção de campo. Indivíduos e grupos são situados num campo de acontecimentos objetivos, exterior a eles, que influencia sua conduta. Mas o campo não age diretamente sobre o indivíduo, age apenas através de um sistema de percepções e atitudes, conscientes e inconscientes, própria do indivíduo (ou a um grupo), que Lewin chama de campo psicológico do indivíduo ou do grupo. A conduta do indivíduo, por exemplo, seu discurso, informa sobre um e outro universo (1990, p. 198).

A linguagem, portanto, não é apenas um meio de comunicação interpessoal sobre fatos concretos da realidade. Ela é mais do que isso, pois informa também sobre o modo como cada indivíduo e a coletividade compreendem e vivem tais fatos, ou seja, sobre suas representações sociais acerca dos mesmos. Representações estas que, por sua vez, orientam e são orientadas pelas ações e comportamentos executados na realidade cotidiana. Refletindo acerca disto, Lane (1984) assevera: "O discurso produzido pelo indivíduo transmite a representação que ele tem do mundo em que vive, ou seja, a sua realidade subjetiva, determinada e determinante de seus comportamentos e atividades" (p. 38).

Assim sendo, o estudo e familiarização com a linguagem desta população mostra-se como um caminho privilegiado para compreender seu cotidiano de trabalho e as possíveis relações com o aparecimento das LER/DORT, bem como os impactos produzidos por esta doença nas suas vidas, uma vez que permite apreender não apenas os seus aspectos objetivos, mas também os significados que são construídos sobre o mesmo. Significados estes que, por sua vez, informam acerca da relação de cada trabalhador com este universo – do trabalho, do viver com LER/DORT – bem como do coletivo dos trabalhadores.

4 Resultados Parciais

Os resultados analisados até o momento limitam-se aos dados relativos às entrevistas individuais com os portadores, uma vez que as entrevistas coletivas encontram-se em fase inicial de desenvolvimento. Tais dados foram agrupados nos seguintes itens:

Identificação: sexo, idade e escolaridade

A população entrevistada abrangeu 22 pessoas, sendo 6 homens e 16 mulheres, entre 25 e 45 anos, com um nível de escolaridade situado entre ensino médio e superior. Obviamente estes registros não representam o universo dos lesionados da categoria, tendo em vista que o número de pessoas entrevistadas não é significativo do ponto de vista quantitativo. Ademais, não há até a presente data um controle atualizado (banco de dados) e eficiente por parte dos órgãos oficiais e mesmo do sindicato dos bancários, em função, entre outras coisas, da prática de subnotificação existente. Tal prática, segundo os lesionados e os membros do sindicato, dá-se particularmente entre os funcionários das empresas privadas, os quais, receosos da possibilidade de serem demitidos – visto não possuírem nenhuma estabilidade no emprego – escondem até onde podem as manifestações dos sintomas.

Muito embora não tenha sido o foco da pesquisa a questão de gênero, pode-se notar a predominância do sexo feminino entre os entrevistados, consonante, por sua vez, com os dados de incidência da lesão no estado do Paraná, bem como no município de Londrina, obtidas junto ao Centro de Epidemiologia de Estado. Pode-se inferir que, em parte, isto relaciona-se com o ingresso massivo das mulheres no mercado de trabalho nas duas últimas décadas, com ênfase especial no setor de serviços, entrada esta que, por seu turno, não as liberou da responsabilidade pelas tarefas domésticas após – e antes de iniciar – a jornada diária de trabalho.

Quanto a idade, podemos constatar que, em geral, se tratam de pessoas em idade ainda jovem e produtiva as quais, num estágio mais avançado do quadro da lesão, podem se ver com sua permanência no mercado formal de trabalho definitivamente comprometida. Nos relatos extraídos das entrevistas, era premente o receio desta possibilidade entre os que permaneciam empregados (19 deles); entre os já desligados (os 3 restantes), alguns organizaram-se no sentido de superar esta situação de outras maneiras – seja montando pequenos negócios (mercearias, pequenas tendas de camelôs etc), seja inserindo-se em trabalhos voluntários em igrejas. Tal conduta, contudo, ocorreu após momentos de muito sofrimento e depressão só superados, segundo os relatos, “com muito apoio dos familiares e os poucos amigos presentes”.

Apesar do grau de formação e de informação dos entrevistados ser relativamente elevado, em relação à lesão e seus diferentes aspectos, é bastante deficiente – alguns dos entrevistados levaram alguns anos até saber que os sintomas que os acometiam eram relativos à LER/DORT. Tal deficiência os levou a cometer algumas faltas ingênuas, como assinar a demissão estando com a afecção, continuar a trabalhar na mesma função onde foi adquirida e no mesmo ritmo de produtividade depois de retornar de afastamento pela perícia do INSS, comprometendo, assim, ainda mais o quadro clínico da patologia.

Local de trabalho, tempo de serviço, função e situação atual

A maioria dos entrevistados (14) trabalha – ou trabalharam – em bancos privados, o restante em bancos estatais, resultado que, por sua vez, é distinto dos dados do INSS. Tal diferença pode ser resultado do fato de que os entrevistados que responderam positivamente ao convite para participar da pesquisa encontravam-se em situação de maior desamparo, tendo em vista que os bancos estatais possuem maior controle sobre o processo de notificação, em relação aos privados, além de oferecerem aos seus funcionários mais estabilidade no emprego e alguns programas de prevenção e orientação com relação às LER/DORT, não obstante, em geral, serem bastante deficientes.

O tempo de exercício na função entre os entrevistados varia dos 8 aos 15 anos de profissão, e a atividade atualmente exercida é a de caixa para 17 deles, uma secretária, e os 4 restantes são digitadores. Todos, no entanto, passaram por mais de duas funções antes de estar na atual e, com exceção da secretária, todos foram caixas em pelo menos algum momento de sua história laboral no banco.

Dados da literatura apontam para o aspecto alienado e repetitivo do trabalho de caixa, qualificando-o como “trabalho vazio” em oposição ao “trabalho cheio” (Codo, Sampaio & Hitomi 1992), onde o que está em jogo é o maior ou menor controle, bem como as possibilidades de dar significado ao próprio trabalho, fato que influenciará no estado subjetivo do trabalhador e no seu interesse e disposição para a realização das tarefas que lhe cabem no contexto laboral. Ocorre que o trabalhador exposto a uma situação de

pouco controle e pobre quanto às possibilidades de dar-lhe significados, no decorrer dos anos acaba por desenvolver mecanismos para suportar o sofrimento engendrado pela condição opressiva que a limitação da rotina impõe e que a partir do surgimento da doença não é possível mais ignorar. Neste momento, porém, o que se coloca é já outra rotina: a impossibilidade de execução de movimentos cotidianos, quase automáticos; a dor constante; o sofrimento e a perda que as limitações da lesão trazem a tona.

No tocante à situação funcional, no momento das entrevistas 8 dos portadores estavam trabalhando sem afastamento e na mesma função de quando adquiriu LER/DORT, 3 foram remanejados para funções distintas das que ocupavam quando do diagnóstico da lesão, 4 estavam para ser reintegrados após o afastamento pela perícia do INSS, 4 estavam afastados e 3 desligados. Entre os desligados, um ganhara a causa judicial que movera contra o banco por tê-lo demitido no período em que se encontrava com LER/DORT. Não obstante ter ganho o direito de ser readmitido, relata ter desenvolvido tamanha mágoa com a empresa que receia seu retorno. Os outros 2 montaram pequenos negócios, mas se dizem atualmente – após passarem por momentos de depressão grave, – mobilizados pela necessidade de moverem uma causa judicial contra a empresa em reconhecimento aos seus direitos, e exigirem uma indenização.

Os que permanecem trabalhando queixam-se das pressões existentes nos contextos de trabalho das agências bancárias, fato que, gradativamente, dilacera sua capacidade de resistir a tais pressões, levando-os a trabalhar em condições tão precárias quanto as que determinaram o aparecimento da lesão. Queixam-se também da incompreensão por parte das chefias e colegas quanto a seriedade da doença. Mesmo entre aqueles que retornam após afastamento e alta médica, o fato de retornarem não implica em ter que trabalhar nas mesmas condições anteriores, pois desse modo os sintomas regressarão, e de forma ainda mais grave. Entre os funcionários dos bancos privados a situação é ainda mais dramática, uma vez que, nestes casos, o fantasma do desemprego apresenta-se num horizonte bastante próximo.

Conduta da empresa em relação às LER/DORT

A insatisfação com a conduta da empresa é a tônica dos entrevistados. Estes descrevem, a partir do momento em que adquiriram a lesão, um contexto de relações com os personagens representativos das empresas (gerentes, médicos do trabalho, advogados da empresa etc.) pautados pela desconfirmação e descrédito em relação ao que afirmam experimentar como sintomas. Tais relações se materializam por meio das constantes pressões para produção acelerada, presentes de diversas maneiras na rotina de trabalho (através das observações da gerência, das filas dos clientes no caixa, dos registros de produtividade individual, entre outros) aos que estão trabalhando, bem como através das pressões para retornar ao trabalho entre os que estão em licença pela previdência social. Pressões estas, muitas vezes referendadas, nas empresas privadas, de modo geral, pelas negações, dos médicos da empresa empregadora ou do convênio de saúde da mesma, do diagnóstico e prescrição adequada ao trabalhador que acusa a presença dos sintomas de LER/DORT. Diante disso, relatam os entrevistados que muitos lesionados conhecidos seus, incapazes de resistir a tal situação acabaram por assinar a carta de demissão. Com relação às empresas estatais, embora o reconhecimento e diagnóstico adequado da doença seja uma prática que as diferenciam significativamente das privadas, as pressões sobre os trabalhadores lesionados por produtividade são também constantes e intensas e, muitas vezes, associadas aos programas de demissão voluntária.

Vale dizer, contudo, que apesar da situação acima ser a realidade na quase totalidade dos relatos colhidos, em duas situações isoladas, em agências de bancos estatais, identificou-se um contexto diferente, cujos gerentes e colegas, sensíveis às dificuldades dos lesionados em questão, remanejaram-nos para uma função compatível com suas limitações (atendimento ao público e vendas, respectivamente). Desnecessário dizer que, neste casos, a vida emocional e social do sujeito apresentava-se mais saudável e equilibrada do que nos anteriores.

Segurança quanto ao emprego

O predomínio dos entrevistados é proveniente do setor privado, portanto, a insegurança em relação à manutenção do emprego é bastante evidente, pois não possuem nenhuma estabilidade. Nesta última década, em função do processo acelerado de automatização dos bancos, da instauração de novas formas de organização do trabalho (com acúmulo de funções para cada trabalhador), e das grandes fusões entre as empresas bancárias, um grande volume de postos de trabalho foi extinto no setor, e o número de funcionários caiu mais de 50% em relação ao que era. Tais transformações foram particularmente profundas nos bancos privados, tendo em vista a maior fragilidade dos vínculos empregatícios da mão-de-obra nestas empresas.

Nos bancos estatais a situação dos funcionários é menos precária. Contudo, nesta última década, o amplo processo de privatização patrocinado pelo governo vem interferindo diretamente no cotidiano de trabalho destes bancos. Muitos já foram privatizados, outros vivem um processo de saneamento rigoroso nas suas contas de modo a serem preparados para a privatização, e outros ainda, mesmo sem a perspectiva de serem vendidos para a iniciativa privada são influenciados pelas narrativas da flexibilidade, da qualidade, do enxugamento de funções, entre outras receitas da eficiência e do lucro a todo custo. Tais narrativas materializam-se no cotidiano dos trabalhadores através dos programas de demissão voluntária, da sobrecarga de trabalho (com acúmulo de funções), dos remanejamentos para outras agências (muitas vezes localizadas em outros municípios e mesmo outros estados), provocando um cotidiano de competitividade entre os colegas de trabalho o qual acirra ainda mais as tensões e angústias vividas por eles.

Processo e condições de trabalho

O trabalho do caixa é feito na maior parte do tempo em pé; relatam os entrevistados que a necessidade de se locomover constantemente, levantar e abaixar os braços, abrir e fechar gavetas, entre outros, em mobiliários inadequados às medidas antropométricas dos trabalhadores, torna-os incômodos para a realização das tarefas. Somado a isso, apontam para a

existência de mecanismos de pressão na organização por ritmo acelerado e alta produtividade individual capitaneados pelas chefias (gerências), os quais estimulam a competitividade entre os pares. Tal competitividade, por sua vez, leva-os a exercerem também forte pressão uns sobre os outros. Exemplo disso são os apelidos depreciativos que os funcionários mais lentos recebem dos seus colegas, fato que é, normalmente, incitado pelas gerências. Neste contexto, os portadores de LER/DORT raramente escapam, sendo, em geral, chamados LERdos.

Sobre a jornada de trabalho, esta é fixada por lei em 30 horas semanais – uma conquista da categoria – entretanto, todos os entrevistados, com exceção de uma, relataram ter que permanecer diariamente duas horas além do horário de saída na agência, chegando a três ou quatro horas, em alguns casos, nos períodos de pico, como nos inícios de cada mês. O sistema de horas extras, contudo, é legal e as horas são pagas como adicional no salário, caracterizando uma prática, infelizmente, bastante comum no meio laboral no país: a monetarização dos riscos à saúde – princípio inspirador das leis que regulamentam os adicionais de insalubridade e periculosidade.

Relações com a empresa e os significados do trabalho

Destaca-se aqui uma mudança significativa nos conteúdos dos relatos dos entrevistados, conforme o momento em que focam sua história com a lesão. Assim, no período em que a doença começou a apresentar os primeiros sintomas, antes, portanto, de terem o diagnóstico confirmado, a maioria dos portadores entrevistados não relacionava os sintomas apresentados com o trabalho que executavam, entendendo-os como resultantes de deficiências e comportamentos de ordem pessoal. Tal compreensão do fenômeno determinava relações com a empresa, nas quais os lesionados assumiam uma postura de grande submissão. Referem que a queda na sua capacidade de produção, devido às limitações decorrentes do surgimento da doença, seguida de afastamento médicos frequentes de dois, três ou quatro dias (com diagnósticos os mais variados, ou mesmo sem diagnóstico algum), configurava uma situação na qual se sentiam em dívida com a empresa, uma vez que esta não tinha obrigação de “sustentar alguém que não consegue mais trabalhar

direito” (entrevistado portador). Como consequência, entendiam poderem ser demitidos a qualquer momento, inclusive os funcionários dos bancos estatais, por justa causa. Fato que lhes provocava muita ansiedade, na medida em que adoecidos precisariam do salário e do convênio médico da empresa mais do que nunca.

Com isso, submetiam-se passivamente às pressões e provocações efetuadas nos contextos de trabalho, agravando cada vez mais o quadro clínico da doença que, por sua vez, restringia ainda mais a sua capacidade de trabalho, formando-se um verdadeiro círculo vicioso. O relato a seguir é bastante elucidativo a respeito:

[...] Eu achava que o banco tava sendo super legal comigo. Eu tava doente, não conseguia mais trabalhar como antes, porque doía muito o braço e eles não me mandavam embora. Eu achava que era porque eu era muito ‘caxias’ antes disso, trabalhava bastante, fazia hora extra sem reclamar e era super rápida. Então, eu ficava assim, me sentindo com gratidão com o banco por reconhecer o tanto que eu trabalhei antes por ele. E aí, au acabava me esforçando pra ver se pelo menos eu conseguia trabalhar direito (lesionada entrevistada).

Além da preocupação com a demissão, alguns deles apontaram a frustração por terem que interromper toda uma expectativa de crescimento profissional como um fator que também contribuiu para configurar uma relação de submissão com a empresa.

[...] Lá (no banco) tinha um plano de carreira que eu achava que podia subir profissionalmente. Eles sempre passavam isso pra gente, que não sei quem era boy e chegou a gerente (...). A empresa era grande, eu achava que tinha futuro lá. Então, quando eu vi que não podia mais trabalhar como antes, que não podia fazer, aí eu fiquei mal, como se um sonho tivesse se quebrando (lesionado entrevistado).

No período em já detinham o diagnóstico da lesão, as relações com a empresa foram carregadas de ressentimento e mágoa por parte dos lesionados, sobretudo, por parte dos que foram demitidos. Afirmam ter trabalhado com afinco e responsabilidade durante todos os anos em que estiveram no empresa, até que perdessem a saúde e passassem a sofrer fortemente com o desprezo recebido no ambiente de trabalho. Relacionam este súbito tratamento de

desprezo que passaram a receber, como sendo uma estratégia da empresa para livrar-se deles, forçando-os a sair para que não tivessem que arcar com o peso de manter nos seus quadros trabalhadores doentes. Com isso, sentiram-se profundamente ressentidos e traídos, na medida em que perceberam não serem mais que peças de uma grande engrenagem que, quando danificadas, devem ser substituídas.

[...] Dei duro seis anos lá, fazia hora extra sem reclamar, fui trabalhar quando filho tava doente, quando eu tava doente e não reclamava não, era meu trabalho, onde eu ganhava meu dinheiro. Mas aí, quando você fica com uma doença como essa, eles te desprezam porque você não presta mais. É como se você fosse uma peça quebrada de uma máquina, e aí eles te jogam no lixo e te trocam por outra nova (lesionada entrevistada).

Todo investimento afetivo e profissional que aplicaram na empresa foi subitamente desprezado com a afecção. Diante disso, perceberam os portadores serem meras peças descartáveis da grande engrenagem da organização de trabalho da qual fazem (ou faziam) parte. Rompiam, assim, dolorosamente com uma consciência alienada de seu papel na organização, onde imaginavam ser individualmente considerados e reconhecidos.

Sobre o contexto de relações sociais

Na tentativa de encontrar respostas para seus sintomas, os portadores entrevistados percorreram uma verdadeira "via sacra". Primeiramente com os médicos conveniados da empresa e, não conseguindo respostas nem soluções para seus problemas, buscam por outros profissionais de saúde, médicos de outras instituições e especialidades clínicas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, na tentativa de obter um diagnóstico e um tratamento que responda adequadamente ao seu problema de saúde, além de fornecer orientações e informações quanto ao prognóstico do seu quadro clínico.

Como dito anteriormente, o contexto de desconirmações e descrença é rotineiro, chegando a ser assustador em alguns casos, como no relato a seguir:

[...] o médico do banco era o mesmo do INSS (...) Enquanto eu esperava na sala de espera (da perícia), meu chefe chegou pedindo que eu assinasse um

documento declarando que eu não tinha trabalhado no arquivo, nem no telex. Não aceitei e ele entrou na sala do médico. Quando fui atendida o perito disse que não era nada grave, que eu não tinha nada (lesionada entrevistada).

As relações com os médicos peritos do INSS são um capítulo a parte. Descrevem que os contatos estabelecidos com eles eram carregados de ansiedade, na medida em que estes detêm o poder de decidir quem tem ou não direito aos benefícios da previdência por doença ocupacional, conforme o diagnóstico que fazem. Queixavam-se dos maus tratos com que eram (e são) atendidos por eles e da falta de informações acerca do que está se passando no tocante à doença. Olham-nos rapidamente, perguntam o que sentem e determinam o tempo de afastamento que acham adequado, quando não o negam, alegando não terem um quadro de doença ocupacional, o que não é raro. Tudo isso em escassos minutos.

As dificuldades de comunicação entre paciente e médico, a impessoalidade e rapidez das consultas, o descrédito em relação aos sintomas relatados e a falta de conhecimentos especializados em medicina do trabalho permitiram que em muitas situações a caracterização da lesão não fosse possível, prolongando ainda mais o sofrimento do lesionado.

Os relacionamentos “desconfirmadores”, como já apontado, são também uma constante entre colegas de trabalho, e supervisores e gerentes.

[...] O banco questionava que o atestado (médico) era falso. O gerente chegou a dizer que eu estava na lista negra deles (...) Tem dia no serviço que é uma loucura, super movimentado, e tem coisas que eu não posso fazer e o pessoal te joga na cara que você não está fazendo nada (...) A pressão é grande pra você produzir” (lesionada entrevistada).

É comum relacionar LER com “LERdeza”, o afastamento médico com “tirar férias”, fazer “corpo mole”. Muitos entrevistados relataram que os colegas perguntavam o que tinham feito para conseguir o reconhecimento da patologia e o afastamento, como se fosse algo proposital para conseguir ganhar sem trabalhar. Na contracorrente desta penosa circunstância, todos localizaram as relações familiares como um lugar de apoio e compreensão fundamental para que não submergissem, de vez, num quadro de depressão profunda, e

persistissem mobilizando-se para transformar as condições de desamparo, de sofrimento e dor que os atingem sobremaneira.

Conclusão

Apesar de esta pesquisa ainda estar em andamento, os dados obtidos até o momento permitem depreender as dificuldades que vivem aqueles que desenvolveram esta insidiosa lesão. Dificuldades estas que não se restringem apenas às limitações objetivas de movimentos impostos pelos seus sintomas, mas a todo o sofrimento resultante da inserção num universo de relações pautadas pela descrença e pela humilhação de se descobrir uma mera peça descartável num sistema que, como os antigos deuses astecas, alimenta-se de corpos humanos jovens e palpitantes até extrair-lhes a energia e os sonhos, depois os descarta. Muito há que se fazer para modificar esta situação, e muitos são os atores a participarem desta empreitada: órgãos públicos de saúde, previdência social, sindicatos, empresas, entre outros. E a universidade não pode se furtar de seu papel de disseminar criticamente este cenário dos portadores de LER/DORT e promover um amplo debate que aponte para possibilidades de transformá-lo efetivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger, P., & Luckmann, T. (1994). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W., Sampaio, J. C., & Hitomi, A. H. (1992). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- Grimber, M. (1988). Saber médico, saber obrero y salud: los trabajadores gráficos. *Cuadernos Medico Sociales*, 45, 3-18.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, conceptos, y teoría. In S. Moscovici (org), *Psicología social*. Buenos Aires: Paidós.

- Lane, S. T. M. (1984). Linguagem, pensamento e representações sociais. In S. T. M. Lane, & W. Codo (orgs.), *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 32-39). São Paulo: Brasiliense.
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec.
- Laurell, A. C. (1984). *Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia*. Cuadernos Políticos. Ed. ERA.
- Lima, A. B., & Oliveira, F. (1995). Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In W. Codo, & M. C. Almeida. (orgs.), *LER: Lesões por Esforços Repetitivos* (p. 136-159). Petrópolis: Vozes.
- Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G., & Lima, F. P. A. (1998). *Lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health.
- Mallet, J. O. (1988). Acteurs sociaux et modes de lecture des risques professionnels: le cas italien. *Sciences Sociales et Santé*, **6**(3), 55-74.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, **18**, 211-250.
- Pagés, M. et al. (1990). *O poder das organizações*. Rio de Janeiro: Atlas.
- Pino, A. L. B. (1994). Processos de significação e constituição do sujeito. *Temas em Psicologia*, **2**, 199-212.
- Rojas Soriano, R. (1982). *Capitalismo y enfermedad*. México: Folios Ed.
- Sato, L. (1991). *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, PUC-SP.
- Sato, L. (1995). O conhecimento do trabalhador e a teoria das representações sociais. In W. Codo, & J. C. Sampaio (orgs.), *Sofrimento psíquico nas organizações* (pp. 48-57). Petrópolis: Vozes.
- Settimi, M., & Silvestre, M. (1995). Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In W. Codo, & M. C. Almeida (orgs.), *LER: lesões por esforços repetitivos* (pp. 321-355). Petrópolis: Vozes.
- Smolka, A. L. (1993). Construção do conhecimento e produção de sentido: significação e processos dialógicos. *Temas em Psicologia*, **1**, 7-16.
- Spink, M. J. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz*, **9**(3), 300-308.