

POLLYANNA REGINA PINTO

**A EXPERIÊNCIA DOS TRABALHADORES
COM A DOR CRÔNICA**

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

**A EXPERIÊNCIA DOS TRABALHADORES COM A
DOR CRÔNICA**

Pollyanna Regina Pinto

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais em Saúde. Sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui.

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P658e Pinto, Pollyanna Regina, 1978 -
A experiência dos trabalhadores com a dor crônica /
Pollyanna Regina Pinto. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Ana Maria Canesqui.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dor crônica. 2. Lesões por esforços repetitivos.
3. DORT. 4. Dor lombar. 5. Reabilitação. I.
Canesqui, Ana Maria. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The workes experience with chronic pain.

Palavras-chave em inglês:

Chronic pain

Cumulative trauma disorders

Low back pain

Rehabilitation

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Ana Maria Canesqui [Orientador]

Solange L'Abbate

Sâmia Amire Maluf

Data da defesa: 24-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

POLLYANNA REGINA PINTO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Ana Maria Canesqui

Membros:	
Professor(a) Doutor(a) Ana Maria Canesqui	
Professor(a) Doutor(a) Solange L'Abbate	
Professor(a) Doutor(a) Sâmia Amire Maluf	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24 DE FEVEREIRO de 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Mário e Madalena.

A todos os trabalhadores que, distantes dos nossos olhos, estão perdendo vida e saúde para produzir uma infinidade de produtos que a humanidade consome em busca de 'felicidade'.

A todos os trabalhadores, que não trabalham nas fábricas, e que lutam a cada dia pela sobrevivência.

Aos pacientes do CEREST, que são a razão dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Maria Canesqui, que clareou meu caminho de pesquisa e compartilhou comigo sua sabedoria.

À professora Solange L'Abbate, pela acolhida quando decidi iniciar esse projeto de pesquisa.

Aos meus pais, Mário e Madalena, que estão sempre presentes, compartilhando todos os momentos de minha vida.

À minha irmã, Mara, que me apresentou a Universidade e em quem eu sempre me inspiro.

À minha irmã, Patrícia, que me incentivou a estudar, com a exigência necessária e muito carinho.

Ao meu sobrinho Vinícius, único e preferido!

À minha amiga Celinha, pelo apoio desde o início desse projeto, com seu bom humor e alegria de sempre.

Às minhas amigas Sandra e Tati, que estão sempre por perto, apoiando e compartilhando.

À toda equipe do Cerest/Campinas, pelo apoio e compartilhar de sempre.

À Silvana, pelo trabalho dedicado nessa pesquisa e pelas conversas inspiradoras, que me ajudaram a refletir sobre as questões desse estudo.

À Vera, à Mill, à Marisol, à Andréa, à Eliane e ao Sabino, que me apoiaram no decorrer desse projeto.

À Marlene e à Rosa, que preparam a sala para os grupos terapêuticos do Cerest/Campinas.

À Márcia Hespanhol, que com sua sabedoria e delicadeza, me orientou no trabalho que precedeu o atual e me incentivou a continuar pesquisando.

À Jussara Miller, que nos presenteou com conversas e vivências da técnica Klauss Vianna e com a possibilidade de oferecermos esse trabalho aos pacientes do Cerest/Campinas.

Ao Pedro, pelo apoio dado na transcrição das entrevistas.

Aos trabalhadores atendidos no Cerest/ Campinas, que sempre nos ensinam com suas experiências de vida e trabalho.

Aos pacientes do Cerest/Campinas que participaram dessa pesquisa

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	x
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - OBJETIVOS E METODOLOGIA	19
I.1. Objetivos.....	20
I.2. Metodologia, procedimentos e instrumentos de pesquisa.....	20
CAPÍTULO II – AS DORES CRÔNICAS RELACIONADAS AO TRABALHO E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O SEU CUIDADO	26
II.1. Dores crônicas relacionadas ao trabalho.....	27
II.2. Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e lombalgias ocupacionais.....	28
II.3. O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Campinas.....	31
II.4. A técnica Klauss Vianna no cuidado das dores crônicas relacionadas ao trabalho....	33
CAPÍTULO III – REVISÃO DA LITERATURA	38
III.1. Busca dos artigos e caracterização.....	39
III.2. Autoria dos artigos.....	40
III.3. Ano de publicação dos artigos.....	43
III.4. Locais de publicação dos artigos.....	45
III.5. Tipos de estudos.....	48
III.6. Temas dos estudos.....	52
III.7. Revisão da literatura: considerações e reflexões.....	62
CAPÍTULO IV – CASOS: JÚLIA E MARCOS	65
IV.1. Caso Júlia.....	66
IV.2. Caso Marcos.....	94
IV.3. Júlia e Marcos: retratos do mundo do trabalho.....	123

CAPÍTULO V – CONVIVENDO COM A DOR: A EXPERIÊNCIA COM OS GRUPOS	
CONSCIÊNCIA DO MOVIMENTO	123
V.1. Motivos e efeitos da participação no grupo.....	130
V.2. Mudanças corporais referidas.....	137
V.3. Tratamentos coadjuvantes.....	141
V.4. Técnica Klauss Vianna e grupos Consciência do Movimento: uma proposta para a sensibilização do corpo e a ampliação da saúde.....	146
CONCLUSÃO	148
REFERÊNCIAS	153
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética Médica/ FCM.....	168
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética Médica/ FCM (modificação do título).....	170
ANEXO 3 - Roteiro de entrevista dos estudos de casos.....	171
ANEXO 4 – Perguntas para as entrevistas com usuários dos grupos Consciência do Movimento.....	173
ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	174
APÊNDICE 1 – Tabela 1 - Artigos relacionados à dor crônica segundo autor, ano, local de publicação, tipo de estudo e tema.....	176
APÊNDICE 2 – Tabela 2 - Artigos relacionados à lombalgia segundo autor, ano, local de publicação, tipo de estudo e tema.....	179
APÊNDICE 3 – Tabela 3 - Artigos relacionados às LER/DORT segundo autor, ano, local de publicação, tipo de estudo e tema.....	180
APÊNDICE 4 – Tabela 4 – Entrevistados dos grupos Consciência do Movimento.....	181

RESUMO

As dores crônicas relacionadas ao trabalho (LER/DORT e lombalgias) atingem grande quantidade de trabalhadores do mercado formal e informal, causando dor, sofrimento emocional e limitação da capacidade para a execução de atividades sociais cotidianas, como as de trabalho e de lazer. Essa pesquisa qualitativa teve como objetivos: identificar e analisar a literatura relacionada à dor crônica publicada no sistema Scielo; analisar a experiência de trabalhadores atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (CEREST) com a dor crônica e analisar as experiências desses trabalhadores com os grupos Consciência do Movimento do CEREST, nos quais se utiliza a técnica Klauss Vianna. Além da revisão da literatura, os demais recursos metodológicos incluíram dois estudos de caso com trabalhadores em início de tratamento no CEREST e 16 entrevistas com trabalhadores participantes dos grupos. A revisão da literatura revelou algumas limitações do modelo biomédico na compreensão e cuidado das dores crônicas. Os estudos de caso evidenciaram que as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, como as terceirizações e a precarização dos contratos de trabalho, têm aumentado a exploração sobre os trabalhadores, o que contribuiu para o surgimento da dor crônica nas histórias de vida dos dois trabalhadores entrevistados. Por fim, as entrevistas com os participantes dos grupos revelaram a importância dos grupos terapêuticos nos quais se utiliza a técnica Klauss Vianna no controle da dor crônica, no maior conhecimento do corpo, na redução do consumo de medicamentos, na maior percepção da unidade corpo-mente e na socialização das experiências com a enfermidade. Dessa forma, a presente pesquisa concluiu que técnicas de

educação somática, como a técnica Klauss Vianna, aliadas a uma abordagem biopsicossocial podem contribuir para propostas de cuidado integral das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.

Palavras-chave: dor crônica relacionada ao trabalho; LER/DORT; lombalgias; experiência com a enfermidade; técnica Klauss Vianna; tratamentos.

ABSTRACT

The work-related chronic pain (RSI / WMSD and low back pain) reach large numbers of workers in the formal and informal market. Besides, these diseases cause emotional distress and limit the ability of workers to perform their daily social activities such as work and leisure. The chronic pain can exist in the absence of organic or physiological changes, which complicates the understanding by the biomedical model. In the case of chronic pain related to work, this biological reductionism is associated with the denial of the social context of work that contributes to the occurrence of these diseases. Thus, the workers sickened need to legitimize their pain by medicine and often they go through different health services for treatment. The present qualitative research aimed to identify and analyze the literature related to chronic pain; to analyze the experience of workers which seek treatment at the Reference Centre for Occupational Health of Campinas with chronic pain related to work and to analyze their experience with a Consciousness Movement (a specific therapeutic group inside the Reference Centre) which it uses the technique Klauss Vianna. For this purpose, it was made a brief literature review and interviews with workers to review their experiences with the disease and treatment. It was concluded that some changes taking place in the world of work, such as outsourcing and casualization of labor contracts, have increased the exploitation of workers and the occurrence of chronic pain. Moreover, some limits of the biomedical model related to the care of such pain were detected and the relevance of somatic education techniques for the care of the worker's body, combined with a biopsychosocial approach, to the integrated care of work-related musculoskeletal disorders.

Keywords: work-related chronic pain, RSI/ WMSD, low back pain, illness experience, technique Klauss Vianna, treatment.

INTRODUÇÃO

Curiosa bússola que obedece a diversos pólos, tanto baralha a sagacidade como vem em ajuda do homem. Ela irradia no dedo queimado ou no membro fantasma do mutilado e cala-se no desenvolvimento de um cancro terminal. Mas o homem não é máquina, nem a dor é mecanismo: entre esta, como utensílio virtual de proteção e o primeiro, existe a ambivalência e a complexidade da relação que une o homem ao mundo
David Le Breton (1)

A dor crônica resulta em sofrimento físico, psicológico e na redução da capacidade do indivíduo para a realização de certas atividades de vida doméstica ou familiar, de trabalho, de lazer, dentre outras. Ao contrário da dor aguda, que costuma ser facilmente associada a uma lesão orgânica, a dor crônica pode existir sem a necessária correlação com alterações orgânicas ou fisiológicas. De acordo com Lima e Trad (2), “a dor crônica é usada como uma categoria não-oficial, isto é, anômala, parcialmente legitimada como doença. Na ausência de mecanismos fisiológicos conhecidos, a atenção tem se voltado para determinantes psicológicos e sociais da dor”.

Canesqui (3) define a cronicidade como um conceito da sociedade ocidental que se refere às condições de saúde que podem ser controladas ou gerenciadas, mas não curadas e cujos sintomas, contínuos ou intermitentes, podem interferir de várias formas no cotidiano das pessoas que convivem com tais condições. Cabe ressaltar que há uma diversidade de tipos de doenças crônicas (4)¹, com períodos de duração ou exacerbação diversos e que podem ou não ameaçar a vida das pessoas.

No caso das dores crônicas, a condição ‘anômala’ que lhes é atribuída repercute em uma grande dificuldade do modelo biomédico(5)² em compreendê-las, uma vez que o reducionismo biológico característico desse modelo “sustenta e impulsiona a busca incansável pelo locus da dor crônica, pela identificação da alteração primordial no corpo, nas estruturas ultramicro-elementares e complexas, o ponto para onde será direcionada a ação terapêutica, provavelmente medicamentosa” (Lima e Trad) (2). Mesmo as recentes tendências de valorização da subjetividade são apontadas por essas autoras como insuficientes porque, na prática clínica, simbolizam apenas o momento de encaminhar o paciente para o psicólogo ou psiquiatra.

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera doenças crônicas aquelas que geram sofrimento para os indivíduos, famílias e sociedade e requerem contínua atenção e esforços de pessoas, profissionais e serviços de saúde. Dentre elas estão: doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes *mellitus*, desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas (Ministério da Saúde, 2008).

² Segundo Alves (1993), o modelo biomédico concebe a doença como decorrente de fatores eminentemente morfo-fisiológicos, não levando em conta os significados sociais atribuídos ao comportamento do doente. É o modelo dominante em nossa sociedade, dado o processo social pelo qual os médicos obtiveram o monopólio acerca da jurisdição exclusiva sobre a definição de doença e tratamento.

Os médicos, nesses casos, deveriam abandonar a procura pelas causas orgânicas para dar lugar à busca pelos sentidos, numa tentativa de conhecer a raiz do sofrimento de seu interlocutor (Le Breton) (1). Como isso não costuma ocorrer, estabelece-se um círculo vicioso de procura por assistência e de aumento do sofrimento do doente. Conforme apontado por Canesqui (3), tal sofrimento é constantemente deslegitimado pela biomedicina e é comum que os adoecidos, ao percorrer diversos serviços de saúde, sejam rotulados como portadores de doenças irreais ou de origem ‘psicológica’.

Le Breton (1) é esclarecedor quando afirma que a dor rompe a relação do homem com a totalidade do mundo e de seu corpo. A dor o coloca fora do mundo, privando-o até daquelas atividades que mais ama. O homem perde a confiança em seu próprio corpo, que se comporta como um inimigo, e no mundo porque tem a impressão de que ninguém o compreende. Tal situação é agravada quando o médico, que tem o papel oficial de legitimar a doença, não encontra nada passível de ser tratado, nenhuma alteração no plano anátomo-patológico:

Remetendo-se ao estrito plano de um organicismo convencional, olhando para os exames e, não, para o rosto do homem que sofre, o médico cristaliza ainda mais, e sem o saber, o mal do doente (...) a suspeição de problemas psiquiátricos acentua ainda mais o sofrimento de doentes convencidos de que são vítimas de desprezo ou de alguma injustiça. A dissociação entre medicina e psiquiatria, este dualismo herdeiro da história médica divide o homem num corpo adicionado de um espírito. Fragmentado, o doente escapa à possibilidade de reconhecer seus males (...) Le Breton (1), p.52

As dores crônicas relacionadas ao trabalho (Lesões por Esforços Repetitivos – LER/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT e as lombalgias) configuram um caso ainda mais complexo. Nesses casos, além das dificuldades com relação ao diagnóstico e à condição de cronicidade, há uma resistência de muitos médicos em reconhecer as enfermidades osteomusculares relacionadas ao trabalho porque isso significa reconhecer também que alguns ambientes de trabalho podem gerar doenças, com possíveis

conflitos com relação às empresas empregadoras. Além dos aspectos legais envolvidos no não-reconhecimento das enfermidades osteomusculares relacionadas ao trabalho, como a perda de direitos dos trabalhadores junto ao órgão de Previdência Social brasileiro, as ações de prevenção de novos casos e do agravamento dos casos já estabelecidos ficam prejudicadas.

Apesar dos esforços da medicina moderna em limitar a doença à sua realidade orgânica, tanto a doença como a saúde são estados sociais. Cada sociedade reconhece doenças específicas e, em toda a parte, há um julgamento de valor vinculado ao fato de alguém se declarar doente ou saudável. Dessa forma, o surgimento de uma doença não envolve apenas a instituição médica, mas outras esferas sociais como a familiar e a profissional (Adam e Herzlich) (6).

Em uma pesquisa conduzida por Almeida et al. (7), cerca de 240 mil pessoas com mais de 15 anos foram entrevistadas, com o objetivo de analisar o perfil sócio-demográfico dos portadores de doenças crônicas em comparação com os não-portadores. Os resultados encontrados demonstraram que os grupos com piores condições socioeconômicas (renda e grau de escolaridade) apresentaram maior prevalência de doenças crônicas, o que contraria as concepções que defendem que os problemas crônicos afetam igualmente toda a população. Aqueles grupos sociais também costumam exercer funções em que seus corpos são utilizados mais intensamente, expondo-se a maior desgaste, o que repercute na experiência com a dor crônica relacionada ao trabalho.

Para Alves (5), a ‘experiência da enfermidade’ refere-se aos meios pelos quais os sujeitos e grupos sociais respondem a um episódio de doença. Nesse sentido, a compreensão da enfermidade está intimamente relacionada à experiência com as impressões sensíveis que ela provoca, como a dor e o cansaço, mas também com a significação que se dá a esse conjunto de sensações. Há, portanto, um componente subjetivo da enfermidade que está pautado no reconhecimento da experiência interior como um problema. Entretanto, o autor afirma que construção do significado de tal experiência não é isolada

porque o sentido da enfermidade precisa ser confirmado como real pelos demais membros sociais e envolve, portanto, a intersubjetividade.

De acordo com Canesqui (3), a ‘experiência da doença’ relaciona-se “aos aspectos privados da vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais”. Ainda segundo a autora, os estudos sobre a experiência da doença desenvolveram-se principalmente no contexto norte-americano³, mas ela aponta certo descuido dos pesquisadores com relação aos aspectos macroestruturais que também afetam as experiências individuais.

A presente pesquisa buscou analisar a experiência de usuários do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Campinas com a dor crônica relacionada ao trabalho e com uma abordagem corporal chamada técnica Klauss Vianna⁴. Nesse serviço de saúde, a pesquisadora realiza ações em Saúde do Trabalhador, dentre as quais a assistência a trabalhadores com LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho.

O interesse pelo estudo surgiu de uma inquietação da pesquisadora acerca dos relatos de muitos usuários do Cerest/ Campinas que, após percorrerem diversos serviços de saúde, consumirem grande quantidade de medicamentos e já haverem recebido indicação cirúrgica, declaravam grande alívio do sofrimento com as vivências de trabalho corporal. Spink (8), em seu artigo sobre o pesquisador no cotidiano e recorrendo a exemplos de pesquisas sociais, discorre a respeito da importância da atenção do pesquisador à cotidianidade na construção e negociação de sentidos e do reconhecimento de seu próprio lugar, não como pesquisador participante ou como observador distante, mas como parte do cotidiano.

³ Talcott Parsons (1951) conduziu um dos primeiros estudos sobre a experiência da enfermidade e desenvolveu uma teoria a respeito da doença como desvio, que deve ser analisada como resultado da inter-relação determinada por direitos e deveres de doente e terapeuta (‘papel do doente’ e ‘papel do terapeuta’). Outros trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos, principalmente na década de 60, mostraram que as diferenças culturais podem influenciar na maneira como cada doente assume o papel de enfermo (Alves) (5).

⁴ A Técnica Klauss Vianna (TKV) foi idealizada pelo bailarino brasileiro Klauss Vianna (1928-1992), que dedicou sua vida à pesquisa do corpo e do movimento. Essa técnica é uma abordagem corporal bastante utilizada no meio artístico (artes cênicas e dança), mas também é aplicável na área da saúde porque se apresenta como um recurso de educação somática que promove a consciência do corpo e do movimento.

Dessa forma, por meio de uma breve revisão da literatura sobre a dor crônica e, recorrendo à fenomenologia(9)⁵ como recurso metodológico de pesquisa, o presente estudo pretendeu analisar as experiências dos trabalhadores com a dor crônica e com a técnica Klauss Vianna. Um dos representantes mais significativos da fenomenologia no campo das Ciências é Schutz (10), que afirma a importância do cientista social em revelar os significados subjetivos que permeiam o cotidiano em que se inserem os diversos atores sociais. A fenomenologia proclama a liberdade do ator social que constrói a realidade e cria significados a partir de sua inter-relação com seus semelhantes e, nesse sentido, costuma desconsiderar a totalidade histórica, com suas relações de dominação político-econômica e ideológica do sistema capitalista (Minayo) (11).

Considerando que a ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores⁶ relaciona-se intimamente com as condições macroestruturais e que estas também influenciam a experiência com a enfermidade, recorreu-se a alguns conceitos do materialismo histórico para explicar como as transformações no mundo do trabalho têm contribuído para o sofrimento físico e mental de membros da classe trabalhadora e para a experiência dos trabalhadores com a dor crônica relacionada ao trabalho.

⁵ A fenomenologia originou-se como um movimento da filosofia e foi, posteriormente, aplicada às ciências humanas. Apesar de referências anteriores à palavra fenomenologia, considera-se que o movimento fenomenológico foi fundado no início do século XX, por Husserl (1859-1938), na Alemanha (Correa) (9).

⁶ A Saúde do Trabalhador recorre a abordagens histórico-estruturais com frequência para a análise das questões relativas ao desgaste e sofrimento dos trabalhadores. O eixo básico é o Processo de Trabalho, que a partir de suas unidades de produção, determina o desgaste e o quadro de morbidade dos trabalhadores (Minayo) (11). Entretanto, apesar do reconhecimento do peso das condições macroestruturais nos agravos à saúde dos trabalhadores, a ênfase isolada na dimensão macrosocial pode ocultar as mediações realizadas pelo 'sujeito-trabalhador' em sua produção de consciência e em sua atuação frente ao que vivencia no cotidiano.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E METODOLOGIA

I.1 Objetivos

1. Identificar e analisar a literatura relacionada à dor crônica no sistema Scielo;
2. Analisar a experiência de trabalhadores com a dor crônica;
3. Analisar elementos da experiência de trabalhadores com os grupos Consciência do Movimento, nos quais se utiliza a Técnica Klauss Vianna.

I.2 Metodologia, procedimentos e instrumentos de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 22/02/2011 (**ANEXO 1**), cujo título foi modificado após sugestão da banca examinadora do Exame de Qualificação dessa pesquisa (**ANEXO 2**). Alguns recursos da pesquisa quantitativa foram utilizados pontualmente na elaboração e análise de gráficos e tabelas referentes à busca bibliográfica.

Apesar do tradicional emprego de pesquisas quantitativas no campo da saúde, o uso crescente da pesquisa qualitativa vem sendo observado nas principais publicações nacionais e internacionais do campo da saúde. Esse tipo de pesquisa enfoca o sentido e o significado das ações pelos que as experimentam e auxiliam também “na investigação dos resultados de tratamentos por meio dos relatos dos pacientes acerca de sua enfermidade, seus processos de tratamento e recuperação” (Barros et al.) (12).

Na primeira etapa deste estudo, realizou-se uma revisão da literatura relacionada à dor crônica, por meio de consulta na base de dados Scielo, no mês de outubro de 2011. As palavras-chave escolhidas foram: dor crônica; LER/DORT; lombalgia, utilizadas em 3 buscas separadas. A escolha das palavras-chave priorizou cercar os objetos da presente da pesquisa, uma vez que a dor crônica em trabalhadores está presente nas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT e lombalgias). Os resultados desta etapa foram analisados por meio de uma abordagem quali-quantitativa, abarcando os seguintes aspectos: formação dos primeiros autores dos artigos; locais de publicação; áreas de conhecimento das revistas em que os artigos foram publicados; número de artigos

publicados ao longo dos anos; tipos de estudos realizados e temas mais pesquisados. Com relação aos temas pesquisados, priorizou-se a discussão dos artigos referentes aos tratamentos, visto que a análise da experiência com a Técnica Klauss Vianna é um dos objetos da presente pesquisa. No caso dos artigos identificados pela palavra-chave LER/DORT, entretanto, o tema ‘aspectos sócio-culturais’ do adoecimento se destacou como o mais pesquisado, ao contrário do que foi observado para as demais palavras-chave. Devido a isso, optou-se por também discutir os artigos referentes a esse tema. Foram lidos todos os resumos dos artigos analisados, mas os estudos de maior relevância para a presente pesquisa foram lidos na íntegra, contribuindo para as discussões apresentadas.

A segunda etapa da pesquisa focalizou os usuários dos grupos Consciência do Movimento. Esses grupos são formados pelos trabalhadores que freqüentam o Cerest e que receberam diagnóstico de LER/DORT ou lombalgia relacionada ao trabalho. O encaminhamento àqueles grupos é realizado por um dos profissionais de saúde do Cerest. São grupos de trabalho corporal para usuários que já participaram de um dos grupos temáticos (LER/DORT e Coluna) ou de quaisquer outras terapias individuais oferecidas no Cerest. Esse pré-requisito foi combinado pela equipe para garantir que os usuários já tenham participado de conversas a respeito de LER/DORT e lombalgia nos outros grupos terapêuticos ou nas abordagens individuais. Apesar de haver espaço para algumas discussões a respeito da dor crônica relacionada ao trabalho e de outras questões trazidas pelos usuários, os grupos Consciência do Movimento caracterizam-se pela ênfase no trabalho corporal.

Esses grupos funcionam durante todo o ano, com encontros semanais de uma hora e meia de duração, nos períodos da manhã e da tarde. A maioria dos usuários freqüenta apenas um dos horários semanais. Desde 2008, utiliza-se a Técnica Klauss Vianna como ferramenta para o trabalho corporal. Há, aproximadamente, 20 usuários nos dois grupos, mas esse número varia a cada semana por se tratar de grupo com freqüência livre, em que, a cada semana, há usuários principiantes, assim como outros que faltam ou deixam de participar.

Para uma análise mais abrangente da experiência com a dor crônica e, posteriormente, com o grupo, foram conduzidos estudos de caso com dois usuários principiantes dos grupos Consciência do Movimento. Segundo Pereira et al. (13), o estudo de caso é o estudo profundo de um objeto, que permite um amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo, na tentativa de compreender um fenômeno social mais amplo. Para que sua cientificidade fique assegurada, deve ser guiado por uma criteriosa seleção dos casos, pela sistematização da coleta de dados, de sua análise e interpretação.

Os critérios adotados para a seleção dos casos foram: **gênero** (foi escolhida uma mulher e um homem, devido às possíveis diferenças de gênero que podem influenciar na experiência com a dor crônica); **diagnóstico semelhantes** e **tempo de diagnóstico** de cerca de 1 ano; **tempo de participação** no grupo Consciência do Movimento (foram escolhidos dois usuários que estavam em tratamento de fisioterapia individual e iriam iniciar participação no grupo Consciência do Movimento).⁷

Segundo Günther (14), a coleta dos dados em uma pesquisa qualitativa pode recorrer a três formas de apreensão do comportamento humano: a observação do comportamento em seu contexto real; a criação de situações artificiais e, em seguida, a observação do comportamento nessas situações; a formulação de perguntas às pessoas a respeito de seu comportamento. Nos estudos de caso, optou-se pela construção de histórias de vida temáticas por meio da realização de entrevistas, que se constituem como “a forma mais antiga e mais difundida de coleta de dados orais nas Ciências Sociais” (Queiroz, p.275) (15).

De acordo com Queiroz (15), a história de vida é um relato livre do narrador que busca reconstituir os acontecimentos vivenciados e as experiências adquiridas, com o intuito de se apreender traços da coletividade da qual o entrevistado faz parte. Entretanto, apontam Brioschi e Trigo (16) a importância de se reconhecer que todo o processo de investigação está permeado pela

⁷ O motivo da escolha de dois trabalhadores iniciantes nos grupos foi o interesse em analisar a experiência com a dor crônica e com os grupos, após 3 meses de experiência grupal. Entretanto, isso não foi possível devido à desistência dos dois pacientes no decorrer do tratamento.

subjetividade do narrador e do pesquisador. Dessa forma, os autores afirmam que não se trata de anular a ‘interferência’ de tais subjetividades, mas saber lidar com elas na análise dos resultados. Estes não se constituem a ‘verdade’ dos fatos, mas uma versão deles, que pode ser confrontada com outras.

As histórias de vida temáticas, utilizadas no presente estudo, diferem um pouco das histórias de vida por uma maior interferência do entrevistador no momento das entrevistas, com o objetivo de focar as situações de vida de maior interesse à pesquisa. Dessa forma, apesar da presença do livre discurso em vários momentos das entrevistas, alguns tópicos em forma de perguntas nortearam as entrevistas abertas: **características sócio-demográficas dos sujeitos** (nome; gênero; local de moradia; pessoas residentes no domicílio e grau de parentesco com o ego; idade; escolaridade; estado civil; rendimentos de trabalho); **história relacionada ao trabalho** (pregressos e atual; relação com o sindicato da categoria; trabalho e doença; riscos atribuídos à ocupação; doenças ocorridas, principalmente as dores identificadas); **busca por tratamentos** (terapias caseiras, religiosas, abordagens medicamentosas convencionais, uso de fitoterapia e outras terapias complementares); **apoio obtido e compartilhamento dos problemas de saúde com outras pessoas** (familiares, vizinhos, colegas de trabalho etc); **opiniões sobre os resultados das diferentes terapias; encaminhamento para o Cerest** (feito por quem, quando e por quais razões); **participação nas atividades do grupo** (e opiniões sobre essas atividades). Outras informações surgidas no decorrer das entrevistas e relevantes para a pesquisa também foram consideradas na análise das histórias de vida temáticas.

Em princípio, foi iniciada a coleta das informações relativas ao caso feminino, que ocorreu em quatro encontros para a realização das entrevistas. Os dois primeiros encontros funcionaram como um piloto para a elaboração e avaliação do roteiro de história de vida temática. A partir desses dois encontros, as perguntas centrais que deveriam guiar minimamente a entrevista dos dois casos foram estabelecidas (**ANEXO 3**). As entrevistas do caso masculino foram

realizadas em apenas dois encontros. Todas as entrevistas dos dois casos aconteceram em um consultório do Cerest, conduzidas pela própria pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas mediante classificação prévia dos assuntos identificados. Foram descritos e analisados os significados (formas de pensar) e as ações contidas nos relatos. Tal metodologia baseia-se na fenomenologia, que busca os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, revelados pelas suas próprias descrições. Em um segundo momento, realiza-se uma síntese das unidades de significado encontradas a partir das descrições dos sujeitos da pesquisa para, então, verificar possíveis convergências e divergências (Correa) (9).

Para averiguar elementos da experiência dos usuários dos grupos Consciência do Movimento com a Técnica Klaus Vianna, esses também foram entrevistados. Cabe ressaltar que essas entrevistas não serviram para avaliar a eficácia da técnica, mas para dar continuidade à análise da experiência de trabalhadores atendidos no Cerest com a dor crônica relacionada ao trabalho. Para esses, a experiência com a dor inclui a vivência nos grupos terapêuticos do Cerest, nos quais se utiliza a essa técnica Klaus Vianna desde 2008.

Os 19 usuários que estavam freqüentando os grupos Consciência do Movimento há, pelo menos, três meses foram convidados a participar da pesquisa. Para evitar constrangimento em caso de recusa, a pesquisadora solicitou que eles a procurassem para agendar a entrevista, caso concordassem em ser entrevistados. Três usuários não agendaram entrevista e, portanto, foram excluídos da pesquisa.

As 16 entrevistas também aconteceram em consultórios do Cerest, em horários combinados entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa, por duas entrevistadoras (a própria pesquisadora e uma terapeuta ocupacional responsável por um dos grupos). Os informantes da pesquisa foram abordados mediante entrevistas orientadas por um conjunto de questões abertas averiguar alguns aspectos da experiência grupal, como: motivo de participação no grupo; possíveis diferenças percebidas no corpo; realização de outras atividades

corporais concomitantes à atividade grupal; tratamentos já realizados; uso de medicamentos; opiniões positivas e negativas sobre o grupo (**ANEXO 4**). Todas as entrevistas foram realizadas em apenas um encontro com cada informante.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Segundo Caregnato e Mutti (17), a análise de conteúdo foi muito utilizada nos Estados Unidos no início do século XX para se trabalhar com textos jornalísticos e espalhou-se para outras áreas das Ciências Humanas a partir de 1940 e 1950. Sua principal característica é buscar a compreensão do pensamento do sujeito por meio do conteúdo expresso em seu texto, seja pela frequência com que uma idéia se repete no conteúdo do texto, seja pela consideração da “presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem” (Caregnato e Mutti, p.682) (17).

Gomes (18) remete à Bardin (19), a adequada sistematização da Análise de Conteúdo e dos procedimentos de análise das informações coletadas, dentre as quais encontra-se a análise de conteúdo temática. Nesta, “o tema comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo” (p. 87), buscando-se os núcleos de sentido que compõem a comunicação (18).

Todos os entrevistados foram esclarecidos pela pesquisadora a respeito dos objetivos da pesquisa, do caráter voluntário de sua participação e da garantia de sua permanência no grupo caso não quisessem participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO 5**) foi apresentado anteriormente a todos os entrevistados, sujeitos deste estudo, sendo imprescindível sua concordância e assinatura.

CAPÍTULO II

AS DORES CRÔNICAS RELACIONADAS AO TRABALHO E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O SEU CUIDADO

II.1. Dores crônicas relacionadas ao trabalho

As dores crônicas vêm gerando sofrimento físico e mental para muitos trabalhadores inseridos nos mercados de trabalho formal e informal, que buscam assistência nos prontos-socorros, centros de saúde, clínicas de reabilitação física, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, dentre outros serviços de saúde.

No caso das doenças relacionadas ao trabalho, observa-se entre os doentes uma utilização excessiva de antiinflamatórios para ‘mascarar’ os sinais do corpo, devido às imposições das empresas e à necessidade de manterem-se empregados e produtivos. A respeito do uso excessivo de medicamentos, Le Breton (20) discorre na p. 61:

(...) propiciam o estado desejado sem esforço particular do indivíduo que só tem de estender a mão até seu armário de medicamentos. Ele o livra de sua ansiedade e de seu cansaço, dá-lhe força e vigilância da qual necessita. Economiza para ele, desse modo, uma análise mais intensa do mal-estar - o protesto do corpo é entravado, força-se seu ‘funcionamento’ graças a uma instrumentação bioquímica que o refreia. Tudo isso até um certo ponto, pois o uso desses produtos tem às vezes efeitos colaterais ou indesejados e sua eficácia é, muitas vezes, limitada.

Apesar do freqüente uso da automedicação no início dos quadros de dor crônica, o uso excessivo de medicamentos é reforçado pelos médicos que costumam prescrever grande quantidade de antiinflamatórios e analgésicos. Além disso, muitos profissionais de saúde utilizam formas de tratamento fragmentadas, que cuidam das partes do corpo doentes e, não, do sujeito. São exemplos dessas modalidades de tratamento: as cirurgias indicadas precocemente e outras abordagens terapêuticas reducionistas, que apesar de sua utilidade em várias situações, não dão conta de grande parte dos casos de dor crônica. Assim como nas demais doenças crônicas e, somada a complexidade dos fatores envolvidos em sua ocorrência, a dor crônica relacionada ao trabalho também não é bem

compreendida pelo modelo biomédico e os sujeitos acometidos costumam percorrer diversos serviços de saúde em busca de tratamento.

II. 2. Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e lombalgias ocupacionais

As duas principais categorias de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, que geram dor crônica entre os trabalhadores, são as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e as lombalgias relacionadas ao trabalho. No presente estudo, o termo 'dor crônica relacionada ao trabalho' será utilizado algumas vezes para designar os casos de LER/DORT ou lombalgia ocupacional⁸ (21). Como o termo 'dor crônica relacionada ao trabalho' abrange diversas enfermidades osteomusculares, os diagnósticos recebidos pelos trabalhadores entrevistados serão mencionados adiante para esclarecer o leitor.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) reúnem um conjunto de distúrbios de origem ocupacional que atingem dedos, punhos, antebraços, cotovelos, braços, ombros, pescoço e regiões escapulares (22). Esse grupo de enfermidades osteomusculares caracteriza-se por início insidioso, origem multifatorial e complexa, com a combinação de diversos fatores causais, tais como as exigências mecânicas repetidas e por períodos de tempos prolongados; o uso de ferramentas vibratórias; as posições forçadas e os fatores da organização do trabalho, que incluem exigências de produtividade, competitividade, metas de produção, realização de horas-extras, dentre outros (21). Segundo Yeng e cols. (23), essas enfermidades têm como aspectos comuns a dor e as incapacidades funcionais temporárias ou permanentes.

No ano de 2009, houve aproximadamente 40 mil casos de LER/DORT notificados no Brasil pelo INSS (24). Esse número exclui os casos ocorridos entre

⁸ A Portaria 1.339/1999 do Ministério da Saúde apresenta uma lista de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho, que inclui: bursites, tenossinovites, epicondilites, síndrome cervicobraquial, dorsalgia, cervicalgia, dor lombar, dentre outras (Ministério da Saúde, 2001).

os trabalhadores do mercado informal, que não são segurados pelo regime de Previdência Social.

As lombalgias ou dores lombares relacionadas ao trabalho constituem uma outra forma de adoecimento dos trabalhadores e, de acordo com Iguti e Hoehne (25), as taxas de prevalência são elevadas em todos os setores de atividades econômicas, mas afetam principalmente os seguintes trabalhadores: carpinteiros, operadores de tratores e máquinas industriais pesadas, mecânicos, agricultores, jardineiros, motoristas de caminhões, operários, empregados da construção civil, dentre outros. Ainda segundo essas autoras, as lombalgias representam cerca de “10 a 15% de todas as notificações de doenças ocupacionais e, aproximadamente, um quarto dos casos de invalidez prematura”.

Existem muitas terapêuticas descritas na literatura para o cuidado das LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho, sendo que algumas delas são: terapia medicamentosa, fisioterapia, abordagens corporais individuais ou em grupo (alongamentos, Reeducação Postural Global, Pilates etc), práticas integrativas (acupuntura, Lian Gong, Yoga). Para o tratamento das enfermidades relacionadas à coluna vertebral, há também as Escolas de Coluna que costumam incluir orientações posturais, exercícios de alongamento e fortalecimento, dentre outros recursos.⁹ (26)

No Brasil, existem diversos centros que pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e empregam abordagens terapêuticas que buscam atuar sobre as esferas corporal, psicossocial e afetiva, como alguns Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e algumas Clínicas de Dor (27)¹⁰, geralmente vinculadas aos hospitais-escola. Entretanto, de acordo com Augusto et al. (28), o acesso a tais centros de atendimento integral é restrito e muitos trabalhadores são tratados sem tal abordagem interdisciplinar. Algumas categorias de trabalhadores, como os

⁹ O estudo de Calori e Botelho (2004) trata de uma revisão da literatura a respeito das Escolas de Coluna, com aspectos históricos e outros relacionados aos diferentes moldes de Escolas de Coluna desenvolvidos em diversos países e no Brasil.

¹⁰ “As Clínicas de Dor têm se caracterizado por reunir terapeutas e práticas convencionais e não-convencionais, voltados para alcançar alguns objetivos comuns: fortalecer a compreensão da dor como crônica, redirecionando os objetivos do ‘sujeito que sofre de dor’ para aumentar o nível de atividade física, retorná-lo ao trabalho ou a alguma atividade ocupacional, diminuir a procura de serviços de saúde em momentos de reagudização do quadro (...) Nestes centros identifica-se o predomínio de especialidades médicas, dentre elas a psiquiatria, anestesia, fisioterapia, neurologia e ortopedia, além de outros profissionais de saúde como dentistas, terapeutas corporais, terapeutas alimentares e fitoterapeutas” (27).

metalúrgicos, possuem convênio médico, que, em geral, oferecem apenas sessões de fisioterapia convencional. Os profissionais que realizam esses atendimentos são obrigados a atender várias pessoas simultaneamente para compensar o valor pago pelos convênios, o que inviabiliza que seja dispensada a devida atenção aos casos particulares e à complexidade envolvida nos casos de dor crônica relacionada ao trabalho:

Assim, o trabalhador que apresenta sintomas de formigamento, dor e limitação da capacidade laboral, freqüentemente procura um médico que, após diagnóstico e tratamento, o encaminha para a fisioterapia. O fisioterapeuta, ao atender o paciente com LER/DORT, vive um paradoxo entre a subjetividade inerente à síndrome e a objetividade do tratamento (Auusto et al.)(28)

Outra característica observada na atuação dos profissionais de saúde é a limitação da compreensão das dores crônicas relacionadas ao trabalho às explicações oriundas do modelo biomédico, como por exemplo, o reducionismo biológico, a separação corpo-mente e a desconsideração do contexto social do trabalhador. Apesar da freqüente recorrência aos médicos, não são apenas esses profissionais que utilizam os referenciais do modelo biomédico. Em sua pesquisa sobre as representações sociais de fisioterapeutas a respeito das LER/DORT, Augusto et al. (28) concluíram também que os profissionais entrevistados adotavam uma concepção mecanicista do corpo humano e enxergavam o paciente de forma fragmentada, desvinculando a doença da pessoa doente e utilizando intervenções tecnicistas, que não levavam em conta a participação dos sujeitos em tratamento.

Compreender as LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho de uma forma mais ampla e buscar formas mais efetivas para o seu cuidado é uma necessidade urgente para os profissionais que lidam com a dor crônica e para os trabalhadores adoecidos. Contribuir para essa discussão é também uma responsabilidade de todos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que almejam melhorar a qualidade da assistência prestada aos trabalhadores na rede do SUS.

II. 3. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Campinas

A 'Saúde do Trabalhador' (ST) surgiu no Brasil no final de 1970 e início de 1980, em meio às lutas pela redemocratização do país:

A união dos esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde com os trabalhadores, dentro da emergência do Novo Sindicalismo, estabeleceu as bases desse conjunto de saberes e práticas denominado Saúde do Trabalhador. Ela nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional (Nardi, p.1) (29).

Uma diferença crucial entre a Medicina do Trabalho/ Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador é o papel do trabalhador em face do processo saúde-doença. Por meio da ST, o trabalhador deixa de ser o objeto para o qual são pensadas as ações de saúde e torna-se agente deste processo, atuando, inclusive, junto ao planejamento de tais ações, voltadas agora para as necessidades da própria classe trabalhadora.

Em Campinas, uma carta de intenções com o projeto de criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) foi assinada em 1986, pelos sindicatos dos metalúrgicos, condutores de veículos rodoviários, petroleiros, bancários e químicos de Campinas e região, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria de Estado da Saúde (SES), INAMPS, Fundacentro, Sub-delegacia Regional do Trabalho (DRT), Pucccamp e Unicamp. As atividades do 'Ambulatório de Saúde do Trabalhador' tiveram início no ano seguinte, com o objetivo de realizar ações de assistência, educação em saúde e vigilância nos locais de trabalho (30).

De acordo com L'Abbate (31), a adesão de vários sindicatos foi politicamente fundamental para o fortalecimento do serviço. Além disso, essa pluralidade favorecia o aprofundamento dos problemas específicos de cada

categoria profissional e a defesa da importância do investimento de recursos públicos do estado, do município e das universidades em ações ou pesquisas voltadas para os trabalhadores.

No final de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que também contou com a mobilização do movimento popular, as ações de saúde do trabalhador foram incluídas nas responsabilidades desse sistema de saúde. As oscilações na conjuntura municipal de Campinas, ocorridas ao longo dos anos, determinaram modificações na estrutura do Programa de Saúde do Trabalhador, que mais tarde passou a ser chamado de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (32) ¹¹

A prerrogativa de que o diálogo com os trabalhadores é o ponto crucial das ações bem-sucedidas em Saúde do Trabalhador influenciou também a maneira como as ações educativas, assistenciais e de vigilância foram sendo pensadas e implementadas nesses serviços. Desde o início da década de 1990, por exemplo, as abordagens grupais para a assistência em casos de LER/DORT foram adotadas por alguns serviços de saúde do trabalhador (33) e, inicialmente, foram chamadas de grupos “qualidade de vida”. Essas abordagens já foram descritas diversas vezes, como fez Garbin (34), acerca do tratamento proposto para os casos de LER/DORT, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual de São Paulo.

No Cerest de Campinas, o atendimento grupal para trabalhadores com LER/DORT acontece desde 1985, tendo sofrido diversas modificações em seu formato desde então, mas mantendo a essência de seu conteúdo:

É importante ressaltar que não se pretende que a proposta de tratamento para portadores de LER/DORT desenvolvida no CRST de Campinas trate de forma aprofundada todos os problemas trazidos por uma doença que envolve aspectos bastante complexos. Mas, busca-se com esse trabalho propiciar um

¹¹ A partir da implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002, o CRST Campinas passou a atuar como referência para outros municípios da região, embora isso já ocorresse na prática no caso de municípios próximos a Campinas. O CRST passou a ser chamado, então, Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST (Brasil, MS/ Portal da Saúde).

espaço de informação e reflexão, onde os trabalhadores adoecidos possam elaborar sua nova condição de vida com todas as limitações que lhe são impostas e, a partir daí, desenvolver estratégias individuais e coletivas para melhorar sua qualidade de vida (Bernardo, p.92) (33)

Atualmente, são oferecidas as seguintes abordagens terapêuticas grupais no Cerest/ Campinas: grupos de LER/DORT; grupos de Coluna; grupos de Movimento Vital Expressivo e grupos Consciência do Movimento. Além das abordagens grupais, o Cerest Campinas oferece como recursos terapêuticos às dores crônicas: atendimentos individuais de fisioterapia, acupuntura, toque terapêutico e terapia ocupacional. Devido à complexidade das dores crônicas relacionadas ao trabalho, é importante que várias terapêuticas sejam utilizadas, privilegiando uma abordagem multidisciplinar para o seu cuidado (35).

Nesta pesquisa, foram focalizados os usuários dos grupos Consciência do Movimento, nos quais se utiliza, prioritariamente, a técnica Klauss Vianna como recurso de trabalho corporal.

II. 4. A Técnica Klauss Vianna no cuidado das dores crônicas relacionadas ao trabalho

A Técnica Klauss Vianna, idealizada pelo bailarino, professor e pesquisador do movimento, Klauss Vianna (1928-1992) (36)¹², é uma abordagem corporal que apresenta duas vias principais: a dança e a educação somática¹³. No campo da saúde, utiliza-se prioritariamente o foco da educação somática por sua aplicabilidade aos propósitos de trabalhos corporais de que se necessita e, também, pela formação acadêmica dos profissionais que a utilizam. Apesar de a Técnica Klauss Vianna não haver sido pensada para o uso específico na área da

¹² A respeito de sua trajetória de vida, seu pensamento e sua obra, ver o livro "A Dança", Klauss Vianna, 3ª ed, Summus (2005).

¹³ Entende-se por "educação somática" um conjunto de métodos para o trabalho da consciência do corpo e do movimento que podem utilizar exercícios terapêuticos, técnicas de respiração e outros recursos em sua aplicação. Como exemplos, podemos citar: técnica de Alexander, técnica de Feldenkrais, Eutonia, anti-ginástica, técnica Klauss Vianna, etc. De acordo com Bolsanello (2005), apesar desse campo já existir há mais de um século na Europa, o termo 'educação somática' foi criado apenas em 1995, no Canadá.

saúde, a sua utilização nesse campo pode ser de grande valia, se utilizada de maneira consciente pelos profissionais da saúde, de forma a compor, ao lado de outros recursos terapêuticos, uma opção terapêutica para a (re)educação do corpo. Conforme escreveu Jussara Miller (37, p. 18 e 54):

Uma das características da Técnica Klauss Vianna é justamente o fato de a dança e o estudo do movimento não serem privilégio apenas de bailarinos, mas de qualquer ser humano interessado em conhecer e trabalhar o corpo [...] Na prática Klauss Vianna, a proposta é que cada um esteja focado no (re) conhecimento do próprio corpo, compartilhando com o outro suas experiências e vivências corporais.

Nos grupos terapêuticos do Cerest, os usuários costumam revelar um sentimento de desgosto frente ao corpo que não mais produz, que não mais responde às exigências do trabalho. No momento em que esse corpo ‘falha’, o trabalhador geralmente começa a consumir grande quantidade de anti-inflamatórios e analgésicos que aliviam os sintomas e permitem que o corpo continue produzindo. Após certo período, os medicamentos não mais conseguem dominar o corpo e este fala mais alto, por meio de sintomas que se tornam tão intensos que impedem o sujeito de continuar trabalhando. Nesse momento, costuma ter início a busca por tratamentos e os usuários do SUS percorrem diversos serviços de saúde, até encontrar algum alívio para sua dor.

O despertar para a existência de um corpo ocorre, freqüentemente, quando surgem sintomas de esgotamento, dor e redução da capacidade para o trabalho. A discussão sobre o papel do trabalho no processo de adoecimento é freqüente nos grupos e tem o papel de contextualizar a negligência com o corpo e seus sinais, não como uma opção de cada um, mas como reflexo da desordem social e econômica na qual vivemos. Muitos trabalhadores relatam um certo ‘pesar’ por não terem procurado ajuda quando começaram a sentir dor, o que leva todo o grupo a uma reflexão acerca do que determina esse comportamento. O medo da demissão costuma ser lembrado como uma razão para a continuidade do trabalho diário e para a ‘passividade’, mesmo com a presença de sinais de alerta para

algum desequilíbrio no corpo ou na mente. Para que a educação em saúde exerça uma função ‘libertadora’, os profissionais de saúde devem estimular reflexões abrangentes que auxiliem na identificação das reais causas do adoecimento.

Para o tratamento das dores crônicas relacionadas ao trabalho, ao contrário do repouso que é indicado somente por alguns dias em casos de processos inflamatórios agudos (Yeng et *al.*) (35), é preciso incorporar uma rotina de exercícios terapêuticos no dia-a-dia das pessoas acometidas.

Muitos recursos para o trabalho com o corpo já foram utilizados nos grupos do Cerest/Campinas, tais como: Lian Gong, séries de alongamento e outros exercícios terapêuticos, automassagens etc. Desde 2008, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (CEREST) começou a incorporar alguns referenciais advindos da técnica Klauss Vianna em seus grupos terapêuticos (grupos de Coluna e de Trabalho Corporal). A utilização desta técnica teve início com a participação de três profissionais do serviço (duas terapeutas ocupacionais e uma fisioterapeuta) em um curso didático da técnica Klauss Vianna, oferecido pela bailarina Jussara Miller, entre os anos de 2008 a 2010¹⁴. A partir da introdução desse recurso de educação somática (38) nos grupos de Trabalho Corporal do Cerest, estes passaram a ser chamados de grupos Consciência do Movimento. Assim, o interesse da pesquisadora pelo tema da presente pesquisa surgiu a partir da introdução da técnica na rotina dos grupos do Cerest e da observação dos relatos de alguns usuários dos grupos, que referiam uma sensação de bem-estar ainda não experimentada por eles, apesar de já haverem recorrido a diversos serviços de saúde em busca de tratamento.

A principal proposta da técnica Klauss Vianna é que os ‘alunos’ tornem-se pesquisadores do corpo e do movimento. Isso fica claro na forma como as aulas são conduzidas pelo professor, com os constantes convites à experimentação de uma série de movimentos e posicionamentos de estruturas anatômicas no chão e no espaço, para que cada um observe a sensação gerada e possa ir tecendo suas

¹⁴ O curso didático da Técnica Klauss Vianna foi custeada pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio de verba federal destinada a ações em Saúde do Trabalhador. O curso foi ministrado pela bailarina, educadora e pesquisadora do movimento, Jussara Miller, no estúdio de dança e educação somática “Salão do Movimento” e incluiu aulas semanais da técnica e encontros mensais (didáticos) durante 12 meses.

próprias opiniões a respeito da experiência individual do uso do corpo. Por meio da manipulação de modelos anatômicos da coluna vertebral, do esqueleto e de atlas de anatomia, os *alunos-pacientes* vão reconhecendo suas estruturas corporais e familiarizando-se com elas, com seus nomes e sua localização.

Didaticamente, a sistematização da técnica (37) aponta as seguintes etapas do trabalho: **processo lúdico**; **processo dos vetores** e **processo criativo**. No processo lúdico, o corpo é acordado por meio do trabalho de alguns 'temas corporais': presença; articulações; peso; apoios; resistência; oposições e eixo global. Tais temas são trabalhados por meio de exercícios individuais ou em dupla, que propiciam a experimentação de sensações decorrentes dos próprios movimentos ou de estímulos proprioceptivos gerados pelo contato com o colega. O processo dos vetores é focado no trabalho das direções ósseas, pautadas por oito vetores: metatarso; calcâneo; púbis; sacro; escápulas; cotovelos; metacarpo e sétima vértebra cervical. O conceito de vetor utilizado por Klauss Vianna é emprestado da física e designa certa intensidade e direção óssea empregadas por cada parte do corpo (8 vetores), que dependem do posicionamento do corpo no espaço. O processo criativo é mais utilizado no campo das artes e da dança e não é utilizado no Cerest.

A técnica Klauss Vianna estimula-se o resgate de movimentos que foram esquecidos ao longo da vida, devido às imposições do cotidiano e à doutrinação dos corpos no exercício do trabalho. A maioria das pessoas que chega nos grupos terapêuticos do Cerest nunca teve a chance de usar seu corpo de outra forma, senão para o trabalho, e o que se observa inicialmente são corpos enrijecidos e semelhantes, que utilizam movimentos em bloco e nos quais falta harmonia e leveza. Segundo Mauss (39) apud Rodrigues (40), "técnicas corporais" são maneiras socialmente construídas e, aprendidas, para o uso dos corpos pelos homens e sociedades. Elas incluem as técnicas de andar, nadar, correr, descansar, dormir etc. Para esse autor, os fenômenos corporais não são exclusivos da biologia ou da psicologia, mas dependem de uma visão tripla sobre eles, que inclua a fisiologia, a psicologia ou a sociologia. É o que ele chama de tríptico ponto de vista sobre o "homem total" (40).

Com a utilização da técnica Klauss Vianna no Cerest, apesar de haver um terapeuta conduz a aula e orienta caminhos corporais possíveis, o que se propõe é que cada um comece a experimentar os movimentos e posturas por meio da dança, sem preocupar-se em copiar os movimentos ‘corretos’ ensinados pelo ‘professor’. Nesse sentido, a técnica é revolucionária porque rompe com a lógica das prescrições, tão comum na área da saúde. A respeito disso, Resende (41) escreveu em referência ao método Angel Vianna para a Conscientização do Movimento, que apresenta uma matriz de trabalho semelhante à técnica Klauss Vianna, porque também resultou do trabalho de pesquisa sobre corpo e movimento realizados pela bailarina Angel Vianna em parceria com Klauss Vianna:

Quando estamos buscando corpos reais, não trabalhamos com modelos pré-concebidos, de forma que a aula não deve ser mais centrada no professor - como ocorre tradicionalmente na dança - mas sim no aluno. No âmbito da Saúde, essa diferença se faz referente ao modelo biomédico, trazendo uma relação não hierárquica entre terapeuta e paciente, onde este atuará ativamente nas suas conquistas numa parceria com o profissional que o orienta (p. 84).

O respeito ao ser humano para que ele seja livre e autônomo na escolha de seu caminho é constante no pensamento de Klauss Vianna (36) e faz de sua técnica, um modo inovador e ‘libertador’ de se lidar com o corpo:

Mas não posso esquecer que estou trabalhando com seres humanos, não com bailarinos, ou esportistas, ou donas-de-casa. São seres humanos que buscaram minha aula porque acreditavam que eu lhes poderia apontar caminhos. O que busco, então, é dar um corpo a essas pessoas, porque elas têm coisas a dizer com seu corpo. Por isso, não faço qualquer proposta de movimento que não tenha aplicação na vida diária. Quero que o trabalho seja simples e natural (...) O que importa é lançar as sementes no corpo de cada um, abrir espaço na mente e nos músculos. E esperar que as respostas surjam. Ou não (p. 146).

CAPÍTULO III
REVISÃO DA LITERATURA

III. 1. Busca dos artigos e caracterização

No presente capítulo será apresentada uma breve revisão da literatura acerca da dor crônica. Tal revisão foi realizada por meio de pesquisa na base de dados Scielo, em outubro de 2011. Para a busca, foram escolhidas as seguintes palavras-chave: dor crônica, lombalgia e LER/DORT.

Na primeira busca, utilizou-se ‘dor crônica’ e foram encontrados 279 artigos. Destes, 189 artigos foram excluídos por serem repetidos ou por abordarem temas muito específicos como dor pélvica e outros assuntos não relevantes para a presente pesquisa. Na segunda busca, utilizou-se ‘lombalgia’ e foram encontrados 53 artigos, dos quais 35 foram excluídos pelas razões já apontadas ou por terem sido selecionados na primeira busca. Por fim, foi pesquisada a palavra-chave ‘LER/DORT’ e foram encontrados 23 artigos, Destes, 7 artigos foram excluídos. Dessa forma, foram selecionados 124 resumos de artigos para análise: dor crônica (90), LER/DORT (16) e lombalgia (18).

Inicialmente, foram descritas as seguintes características de cada artigo: nome do primeiro autor, ano de publicação e revista em que o artigo foi publicado.

Na segunda etapa da análise e, por meio da leitura dos resumos, observou-se o tipo de estudo utilizado em cada artigo e o tema principal abordado em cada um deles, assim como a área de formação dos primeiros autores. Dessa forma, foram elencados 6 tipos de estudo: Discussão Conceitual (DC); Ensaio Clínico (EC); Estudo Epidemiológico (EE); Pesquisa Avaliativa (PA); Pesquisa Sócio-Antropológica (PSA) e Revisão da Literatura (RL). Os 10 temas levantados por meio da leitura dos resumos foram: Adesão ao tratamento (AdT); Aspectos biológicos (AB); Aspectos psicológicos (AP); Aspectos sócio-culturais (ASC); Diagnóstico (D); Instrumento de Avaliação (IA); Prevalência (P); Tratamento medicamentoso (TM); Tratamento não-medicamentoso (TNM); Validação de Instrumento (VI). As Tabelas 1, 2 e 3 (**APÊNDICES 1, 2 e 3**) apresentam esses dados obtidos por meio da análise dos artigos escolhidos. Cada tabela se refere aos artigos identificados segundo as 3 palavras-chave pesquisadas: dor crônica, lombalgia e LER/DORT.

Como um dos objetos da presente pesquisa é a análise da experiência com uma terapêutica para o cuidado de dores crônicas relacionadas ao trabalho, os estudos a respeito de tratamentos foram priorizados para a discussão nesta pesquisa. Da mesma forma, os artigos mais relevantes para a presente pesquisa foram lidos na íntegra e há referências sobre eles no decorrer do capítulo.

III. 2. Autoria dos trabalhos

As áreas de formação dos primeiros autores dos estudos analisados foram verificadas nos próprios artigos. Em alguns deles, entretanto, havia informações a respeito da instituição de origem, sem referência à formação dos pesquisadores. Nesses casos, realizaram-se consultas na plataforma Lattes para complementar as informações ausentes.

A Figura 1 apresenta os artigos identificados por palavra-chave segundo as áreas de formação dos primeiros autores. Foram encontradas as seguintes áreas: Biologia; Educação Física; Enfermagem; Fisioterapia; Medicina; Psicologia e Sociologia.

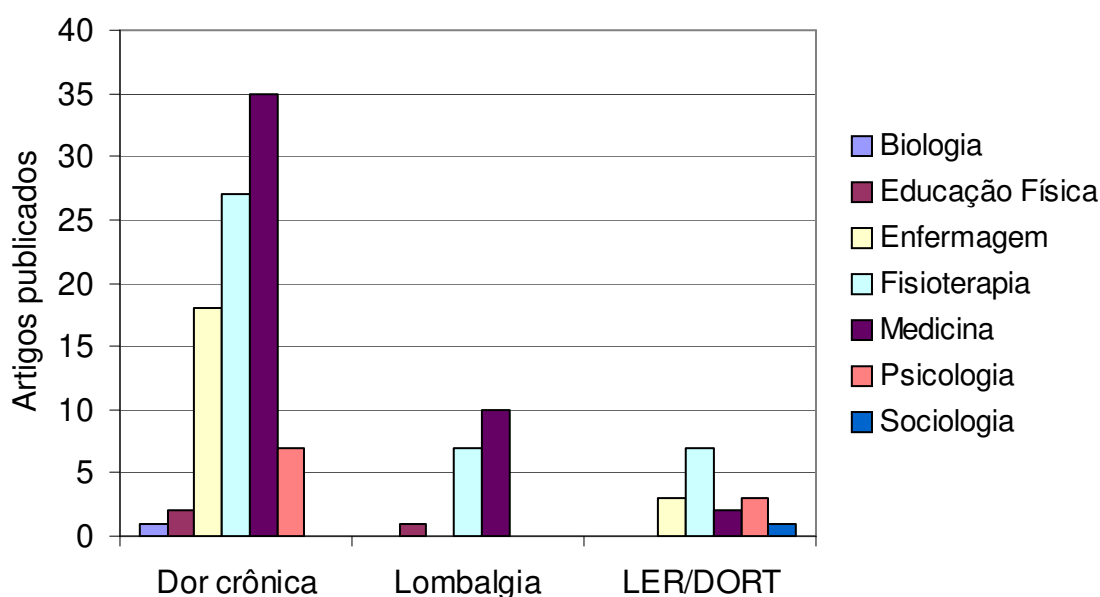


Figura 1. Áreas de formação dos primeiros autores dos artigos identificados segundo palavras-chave.

Dor crônica

Na Figura 1, observa-se uma quantidade expressiva de artigos publicados por médicos (35 artigos), seguidos pelos fisioterapeutas (27 artigos) e enfermeiros (18 artigos). Os demais profissionais identificados como primeiros autores dos artigos foram: psicólogos (7 artigos); educadores físicos (2 artigos) e biólogo (1 artigo).

O interesse dos médicos no estudo da dor crônica deve ser decorrente das próprias dificuldades do modelo biomédico em explicá-la. Lima e Trad (27), em um dos artigos analisados, entrevistaram médicos acerca do fenômeno da dor crônica e um dos depoimentos foi emblemático:

“Você é completamente dependente de uma queixa subjetiva de um sujeito (...) não existe nenhum exame que me prove que dói tanto. No entanto, quando ele volta na outra consulta, ele diz: ‘doutor, doía dez mas agora é cinco’. Quer dizer, você tratou um negócio que você não palpa, não vê, não sente, não examina, uma coisa assim extremamente subjetiva...” (Márcio, estagiário, Clínica M).

Lombalgia

Assim como para a palavra-chave dor crônica, a análise da Figura 1 permite verificar que os artigos de lombalgia também foram mais publicados por médicos (10 artigos), seguidos pelos fisioterapeutas (7 artigos). Ao contrário do encontrado para dor crônica, não houve publicações de enfermeiros como primeiros autores. Um outro artigo referente à palavra-chave lombalgia foi publicado por um educador físico, totalizando o conjunto de artigos identificados.

Nota-se que médicos e fisioterapeutas são os profissionais que mais publicaram artigos relacionados à dor crônica e lombalgias. Para dor crônica, houve ainda os enfermeiros que ficaram em 3º lugar na publicação de artigos, além de educadores físicos, psicólogos e um biólogo que também publicaram artigos de dor crônica. Isso demonstra que, além dos médicos, muitos profissionais têm se envolvido no cuidado e no estudo da dor crônica. Entretanto, a participação de outros profissionais de saúde no tratamento das dores crônicas nem sempre representa um distanciamento do modelo biomédico. Veremos

adiante que não são apenas os médicos que adotam esse modelo como referencial para o cuidado das pessoas que sofrem de dor crônica.

LER/DORT

No caso da palavra-chave LER/DORT, observa-se na Figura1 que cerca de metade dos estudos foram publicados por fisioterapeutas (7 artigos). Os demais profissionais que publicaram foram: enfermeiros (3 artigos); psicólogos (3 artigos); médicos (2 artigos) e sociólogo (1 artigo).

O interesse dos fisioterapeutas no estudo das LER/DORT relaciona-se, provavelmente, à grande quantidade de trabalhadores com LER/DORT que procuram atendimento de fisioterapia. Nesses casos, os tratamentos costumam ser longos e, muitas vezes, trazem resultados insatisfatórios para os doentes e para os fisioterapeutas. Isso decorre da falta de compreensão dos profissionais com relação à complexidade das LER/DORT, o que resulta na adoção de abordagens que não tratam o sujeito como um todo, não priorizam o autocuidado e não levam em conta o trabalho como a principal causa do adoecimento. Essa discussão também será retomada adiante.

III. 3. Ano de publicação dos artigos

A Figura 2 apresenta a distribuição dos artigos publicados ao longo dos anos na base de dados Scielo, segundo as palavras-chave pesquisadas:

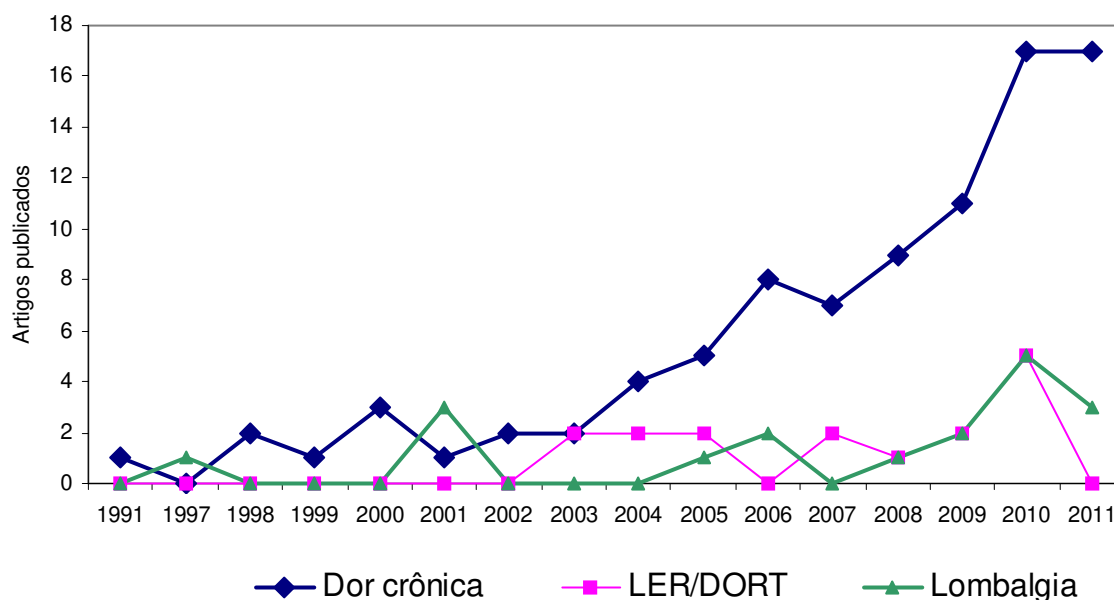


Figura 2. Distribuição temporal dos artigos identificados segundo palavras-chave.

Dor crônica

Observa-se que o número de publicações relativas à dor crônica sofreu aumento contínuo a partir de 2001. Um dos fatos que pode ter contribuído para esse aumento foi a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999 (42). Essa portaria relaciona-se às mudanças na pirâmide etária brasileira e à necessidade de maiores preocupações com relação ao cuidado em saúde dos idosos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a população de idosos cresceu 107% de 1980 a 2000, enquanto a população até 14 anos cresceu apenas 14%. O envelhecimento da população associa-se ao aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, (4) que incluem as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças músculo-

esqueléticas, dentre elas a dor crônica. Isso tem contribuído para a chamada 'transição epidemiológica', com a mudança no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira (4, 42).

Devido à relevância do problema das doenças crônicas não-transmissíveis, os serviços de saúde, Ministério da Saúde, Universidades, órgãos de pesquisa e Organizações Não-Governamentais vêm discutindo formas de abordagem para o cuidado desses agravos, o que vem repercutindo também no crescimento das pesquisas relativas a esse tema e no número de publicações. Em 2008, por exemplo, o MS lançou as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (43), com ênfase na promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência.

Pela observação da Figura 2, percebe-se que além do aumento crescente das publicações a partir de 2001, estas atingem o seu máximo em 2010 e 2011 (17 artigos publicados/ ano).

Lombalgia

Por meio da Figura 2, observa-se que apesar de uma queda nas publicações entre 2006 e 2007, o aumento no número de publicações ocorreu a partir de 2004, atingindo seus valores máximos também entre 2010 e 2011 (a metade do total de artigos relativos a lombalgia foram publicados nesses anos). Assim, pode-se observar na Figura 2 que o comportamento das curvas referentes aos artigos de dor crônica e lombalgia não foi idêntico, mas apresentou mais semelhanças entre si do que a curva obtida para os artigos de LER/DORT.¹⁵

LER/DORT

De acordo com a Figura 2, nota-se que os artigos encontrados foram publicados a partir de 2003. Durante os anos seguintes, o número de publicações manteve-se oscilante, atingindo seu ápice também em 2010 e seguido por uma

¹⁵ Cabe aqui ressaltar que o agrupamento dos artigos por palavra-chave não exclui que estudos referentes às lombalgia e às LER/DORT estejam entre os artigos identificados como relativos à dor crônica. Manteve-se, entretanto, essa divisão porque resultou da busca na base de dados na base de dados consultada.

queda em 2011. O escasso número de artigos referentes às LER/DORT frente à grande quantidade de casos no Brasil confirma a deslegitimação dessas enfermidades pelo modelo biomédico. Além disso, muitas vezes as LER/DORT são tratadas como ‘dores crônicas difusas’ ou diagnosticadas como fibromialgia, com o objetivo de descaracterizar sua relação com o trabalho. Alencar *et al.* (44) alertaram que, apesar da dor crônica e difusa e outros sintomas serem comuns tanto nos casos de LER/DORT como nos casos de fibromialgia, “essas duas síndromes apresentam implicações legais, preventivas e terapêuticas bastante diferenciadas, o que indica a necessidade de clareza diagnóstica para que medidas preventivas e terapêuticas adequadas possam ser estabelecidas, de forma a nortear a atuação de fisioterapeutas e demais profissionais de saúde”.

As curvas referentes à quantidade de artigos publicados para as 3 palavras-chave vinham apresentando uma tendência de elevação comum a partir de 2007, com aparente mudança entre 2010 e 2011. Observa-se que as curvas relacionadas às palavras-chave lombalgia e LER/DORT apresentaram declínio do número de artigos entre 2010 e 2011, assim como a curva de artigos de dor crônica apresentou estabilização do número de artigos publicados nos dois anos. Isso deve ter ocorrido porque a busca das palavras-chaves foi realizada em outubro de 2011 e muitos artigos publicados nesse ano ainda não haviam sido incorporados à base de dados Scielo.

III. 4. Locais de publicação dos artigos

Optou-se por classificar os periódicos de acordo com as várias áreas de conhecimento. Assim, foram consideradas 5 grandes áreas: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Saúde Coletiva. Na Figura 3, observa-se a distribuição dos artigos segundo as palavras-chave nas revistas, que foram agrupadas por área de conhecimento.

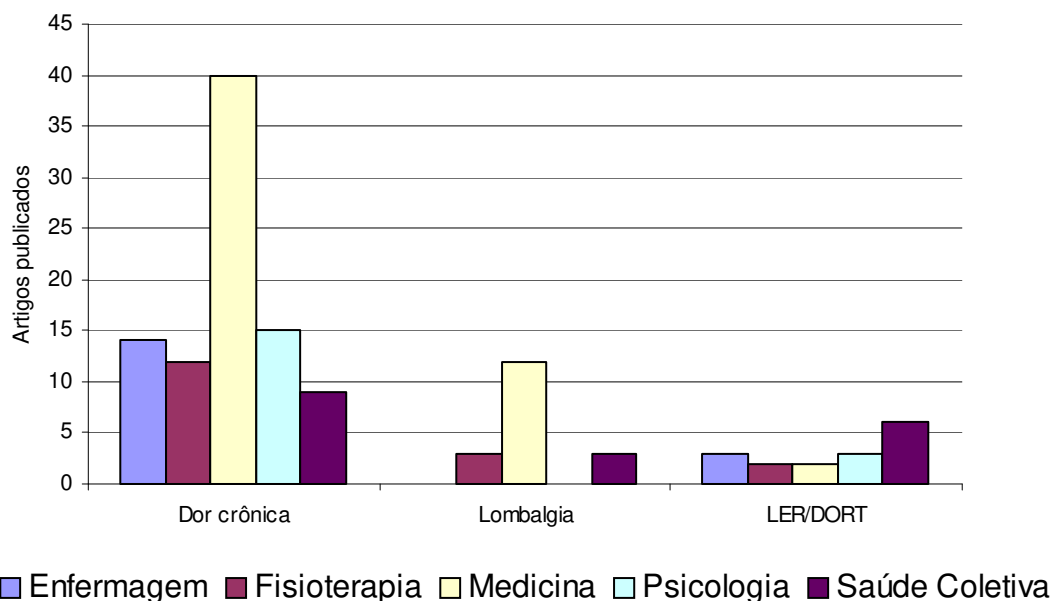


Figura 3. Quantidade de artigos publicados segundo palavras-chave nas revistas agrupadas por área de conhecimento.

Dor crônica

Nota-se que grande quantidade de estudos referentes à dor crônica foram publicados em revistas da área médica (40 artigos). Esse achado coincide com a área de formação dos primeiros autores, visto que os médicos publicaram grande quantidade de artigos de dor crônica. Os fisioterapeutas ficaram em segundo lugar quanto ao número de publicações relativas à palavra-chave dor crônica, mas publicaram 9 artigos em revistas médicas. Apenas 2 artigos escritos por fisioterapeutas foram publicados em revistas de Saúde Coletiva.

Os outros 50 artigos ficaram distribuídos de forma semelhante nas revistas das demais áreas: Psicologia (15 artigos); Enfermagem (14 artigos); Fisioterapia (13 artigos) e Saúde Coletiva (8 artigos).

Lombalgia

De forma análoga ao que foi encontrado para dor crônica, observa-se na Figura 3 que a maioria dos artigos referentes à lombalgia concentrou-se nas

revistas da área médica (12 artigos). Isso também coincide com a área de formação dos primeiros autores desses artigos, visto que muitos desses artigos foram publicados por médicos. Sete estudos foram conduzidos por fisioterapeutas, sendo que 3 foram publicados em revistas médicas e apenas 1 foi publicado em revista de Saúde Coletiva.

Os 6 artigos restantes foram publicados em revistas de Fisioterapia (3 artigos) e de Saúde Coletiva (3 artigos).

LER/DORT

Por meio da Figura 3, observa-se que os artigos referentes às LER/DORT foram, proporcionalmente, mais publicados em revistas da área de Saúde Coletiva (6 artigos), o que pode ser explicado pelo interesse dessa área pela Saúde do Trabalhador. Como já discutido no Capítulo II, a Saúde do Trabalhador entende o trabalhador como um sujeito do processo saúde-doença e, não, como um objeto sobre o qual são realizadas as ações de saúde. Assim, é esperado que as pesquisas em Saúde do Trabalhador enfoquem uma abordagem social do adoecimento e sejam mais encontradas em revistas que privilegiem tais estudos. Além disso, a Saúde Coletiva reconhece o processo de trabalho como causa de desgaste e sofrimento para os trabalhadores, o que também justifica o número de publicações encontradas nos periódicos dessa área de conhecimento. Sete estudos identificados por LER/DORT foram realizados por fisioterapeutas e, ao contrário do que foi observado para dor crônica e lombalgia, nenhum artigo foi publicado em revistas da área médica. Por outro lado, 4 artigos foram publicados em revistas da área de Saúde Coletiva.

Conforme se observa na Figura 3, os outros 10 artigos relacionados às LER/DORT ficaram pulverizados, de forma semelhante, entre as revistas classificadas nas demais áreas de conhecimento.

Notou-se, assim, que os artigos identificados pelas palavras-chave dor crônica e lombalgia apresentaram um comportamento análogo com relação à autoria, à distribuição das publicações ao longo dos anos e às áreas de

conhecimento das revistas em que foram publicados. Já os artigos referentes às LER/DORT apresentaram um comportamento mais singular.

III. 5. Tipos de estudos

A Figura 4 foi construída a partir dos dados das Tabelas 1, 2 e 3 (APÊNDICES 1, 2 e 3) referentes aos tipos de estudo identificados em artigo, segundo as palavras-chave pesquisadas.

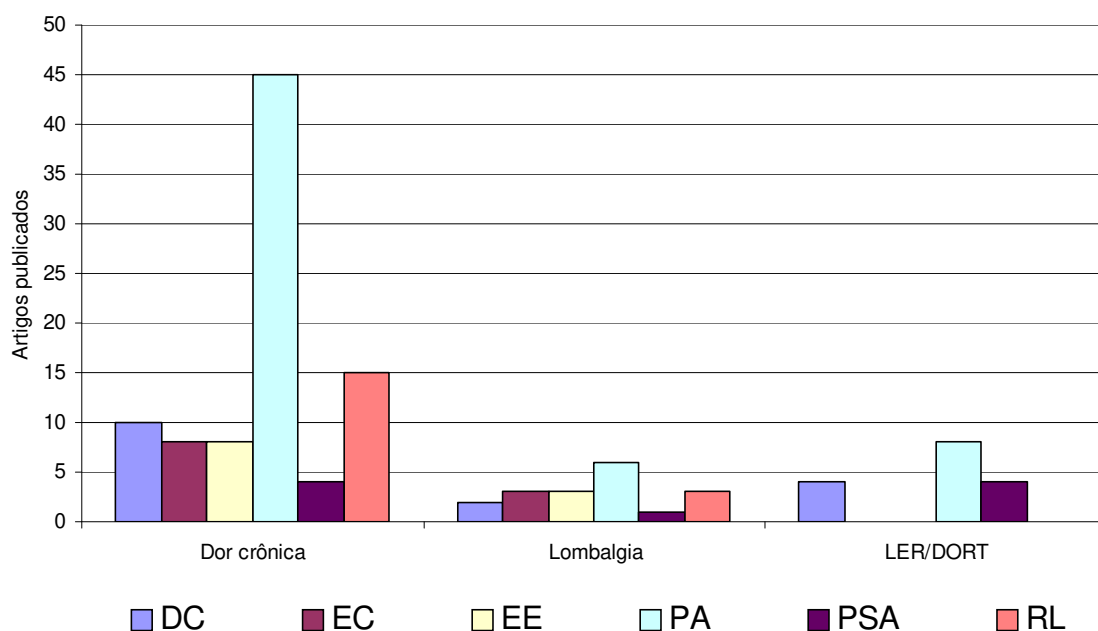


Figura 4. Quantidade de artigos publicados segundo palavras-chave e tipos de estudo. DC (Discussão Conceitual); EC (Ensaio Clínico); EE (Estudo Epidemiológico); PA (Pesquisa Avaliativa); PSA (Pesquisa Sócio-Antropológica); RL (Revisão da Literatura).

Dor crônica

A Figura 4 revela que as pesquisas avaliativas lideraram os tipos de estudo para dor crônica, LER/DORT e lombalgia. Para dor crônica, entretanto, o número de estudos que utilizou esse tipo de pesquisa foi expressivamente maior em relação ao demais tipos de estudo, totalizando a metade do número total de artigos analisados (45 pesquisas avaliativas). Em muitas dessas pesquisas, foram estudados os efeitos de variados tipos de tratamento, por meio do uso de escalas para mensuração da dor e de questionários para avaliação de outros indicativos (capacidade funcional, por exemplo) antes e depois das intervenções. Em outras pesquisas avaliativas, foram realizados testes em pacientes para a validação de instrumentos de avaliação da dor, da qualidade de vida etc. Outras pesquisas, ainda, estudaram a associação de depressão e outros fatores relacionados à saúde emocional com a ocorrência de dor crônica. Das 45 pesquisas analisadas, apenas 2 delas foram classificadas como qualitativas (45) e (46).

Em seguida às pesquisas avaliativas, os tipos de estudo mais encontrados para a palavra-chave dor crônica foram: revisão da literatura (15 artigos) e discussão conceitual (10 artigos). Esses estudos abordaram temas variados, tais como: aspectos biológicos e psicológicos relacionados à dor crônica; instrumentos de avaliação da dor; tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos. Por fim, também foram encontrados 8 ensaios clínicos, 8 estudos epidemiológicos e 4 pesquisas sócio-antropológicas.

Alguns estudos epidemiológicos pesquisaram a prevalência de crônica em adultos e encontraram: 61,4% entre 505 funcionários de uma universidade (47); 41,4% em amostra de 2.297 moradores de Salvador (48); 59,7% entre 211 estudantes universitários (49). Outros estudos avaliaram: a prevalência de lombalgia em adultos (50) e encontraram 4,2% em amostra de 3.182 indivíduos do Rio Grande do Sul); a prevalência de dor crônica em idosos (62,2% entre 172 idosos avaliados) (51) e a prevalência de adesão ao tratamento para dor crônica (43,3 a 56,7% de adesão plena ao tratamento em 30 pacientes avaliados) (52).

Os oito ensaios clínicos identificados testaram diversas terapêuticas (medicamentosas e não-medicamentosas) em grupos de pacientes com dor crônica. Essas pesquisas serão apresentadas no próximo tópico.

As quatro pesquisas sócio-antropológicas encontradas abordaram a complexidade da dor crônica e os limites do modelo biomédico em compreendê-la (27) e (53), assim como as experiências com a enfermidade de mulheres adoecidas por dor crônica (54) e (55).

Lombalgia

Observando-se a Figura 4, nota-se que para a palavra-chave lombalgia, os tipos de estudo mais encontrados também foram as pesquisas avaliativas (6 artigos). Em seguida, apareceram os ensaios clínicos (3 artigos), os estudos epidemiológicos (3 artigos) e as revisões da literatura (3 artigos). Por fim, foram encontradas 2 discussões conceituais e 1 pesquisa sócio-antropológica.

As pesquisas avaliativas identificadas trataram de temas variados: aspectos biológicos de adoecimento e porcentagem de simulação de sintomas em casos de lombalgia; interação entre demandas físicas e psicológicas na ocorrência de lombalgia; validação de instrumentos de avaliação da funcionalidade; comparação da intensidade de dor referida em pacientes com fibromialgia. Nenhuma delas avaliou formas de tratamento para lombalgia. Todas essas pesquisas avaliativas utilizaram metodologia quantitativa por meio de algumas das seguintes ferramentas: testes ortopédicos para avaliação dos doentes, escalas de mensuração da dor e questionários para avaliação da dor ou capacidade funcional.

Dois ensaios clínicos testaram a efetividade de medicamentos na redução da dor e o terceiro ensaio clínico avaliou uma abordagem corporal como ferramenta para alívio da dor e melhora da capacidade funcional dos sujeitos avaliados. Essas pesquisas serão apresentadas no próximo tópico.

Os estudos epidemiológicos verificaram a prevalência de lombalgia em diversas ocupações e revelaram os seguintes resultados: 59% entre uma amostra de 410 caminhoneiros avaliados (56); 78,58% de queixas entre um grupo de 56 fisioterapeutas (57) e 50% de distúrbios músculo-esqueléticos (21% em coluna lombar) em 577 trabalhadores da indústria plástica (58). As revisões da literatura abordaram aspectos biológicos das lombalgias e tratamentos utilizados.

As revisões de literatura e discussões conceituais abordaram aspectos biológicos relacionados às lombalgias e tratamentos para essas enfermidades. A única pesquisa sócio-antropológica e qualitativa encontrada nos artigos referentes à palavra-chave lombalgia analisou a experiência de trabalhadoras da indústria têxtil com a enfermidade.

LER/DORT

Na Figura 4, observa-se que foram identificadas 8 pesquisas avaliativas para a palavra-chave LER/DORT. Ao contrário da grande quantidade de pesquisas avaliativas quantitativas encontradas para a palavra-chave dor crônica, muitas pesquisas qualitativas foram encontradas para LER/DORT. Assim, 3 estudos adotaram metodologia qualitativa: (28), (59) e (60); 2 adotaram metodologia quali-quantitativa: (61) e (62); 3 adotaram metodologia quantitativa: (63), (64) e (65).

Em seguida às pesquisas avaliativas, os estudos mais encontrados para a palavra-chave LER/DORT foram as discussões conceituais (4 artigos) e as pesquisas sócio-antropológicas (4 artigos).

As discussões conceituais abordaram aspectos sócio-culturais do adoecimento, como os modelos explicativos para a ocorrência das LER/DORT e suas implicações para a vida dos trabalhadores adoecidos (66). Uma outra discussão conceitual abordou a psicoterapia como forma de tratamento importante para os casos de dor crônica e será apresentada adiante. As pesquisas sócio-antropológicas também serão discutidas no próximo tópico desse capítulo.

III. 6. Temas dos estudos

Apesar da grande diversidade de temas abordados, a discussão de dois deles foi priorizada em função dos objetos da presente pesquisa. São eles: tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos.

Conforme se pode se observar na Figura 5, tais temas foram os mais pesquisados nos artigos de dor crônica e também foram muito encontrados nos artigos de lombalgia, aparecendo em segundo lugar ao lado do tema prevalência. Divergindo do que foi encontrado para dor crônica e lombalgia, o tema mais pesquisado nos artigos identificados pela palavra-chave LER/DORT foi 'aspectos sócio-culturais' e, portanto, os artigos que trataram desse tema também foram discutidos. Todas as pesquisas sócio-antropológicas tiveram como tema os aspectos sócio-culturais do adoecimento e, portanto, serão discutidas a seguir.

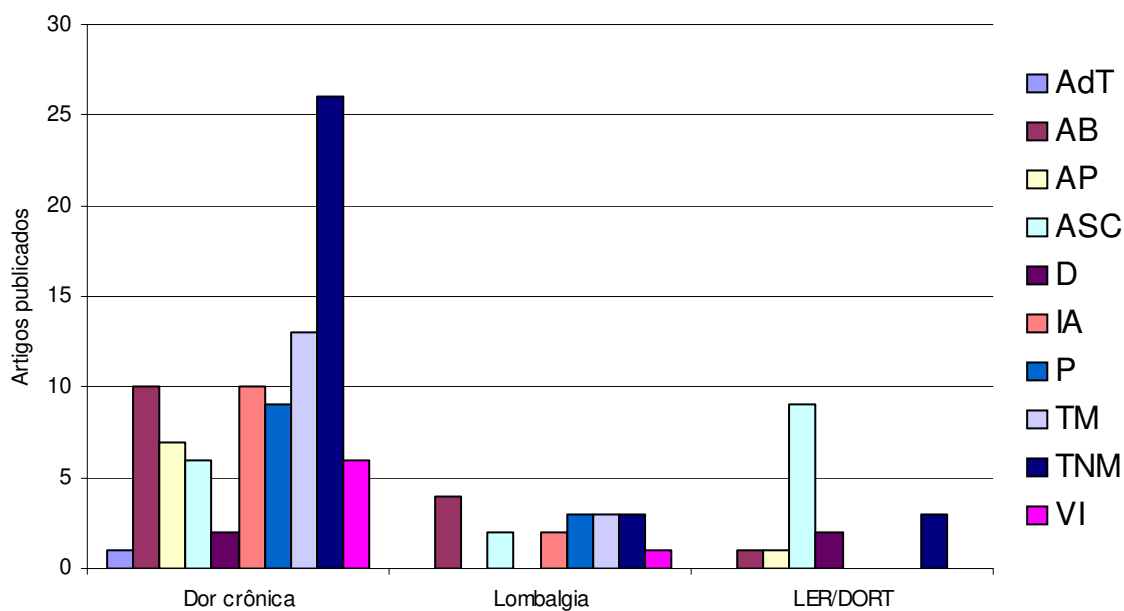


Figura 5. Quantidade de artigos publicados segundo palavras-chave e temas identificados nos estudos. AdT (Adesão ao Tratamento); AB (Aspectos Biológicos); AP (Aspectos Psicológicos); ASC (Aspectos Sócio-Culturais); D (Diagnóstico); IA (Instrumentos de Avaliação); P (Prevalência); TM (Tratamentos Medicamentosos); TNM (Tratamentos Não-Medicamentosos); VI (Validação de Instrumentos).

Como pôde ser observado na Figura 5, os temas mais pesquisados para dor crônica foram: 1º) tratamentos não-medicamentosos; 2º) tratamentos medicamentosos; 3º) aspectos biológicos; 4º) instrumentos de avaliação; 5º) prevalência; 6º) aspectos psicológicos; 7º) aspectos sócio-culturais; 8º) validação de instrumentos; 9º) diagnóstico; 10º) adesão ao tratamento.

Os estudos acerca de tratamentos medicamentosos trataram, principalmente, do uso de opióides (analgésicos) para a redução da dor. Nas pesquisas avaliativas encontradas, a maioria dos autores utilizou escalas para mensuração da intensidade da dor antes e após o uso da medicação (67), (68) e (69), com resultados que apontaram a redução desse sintoma nos pacientes avaliados. Pimenta et al.(70) avaliaram a capacidade funcional em conjunto com a intensidade da dor, mas apenas a redução da dor foi observada. Outros estudos apontaram a necessidade de mais pesquisas que investiguem a efetividade dos opióides na redução da dor, além da necessidade de mais investigações a respeito dos efeitos colaterais e da dependência associada ao uso contínuo de opióides (71), (72) e (73).

As pesquisas a respeito de tratamentos não-medicamentosos incluíram desde terapêuticas convencionais, dentre elas algumas técnicas de fisioterapia, até certos tipos de terapias complementares, como a musicoterapia.

Em uma das pesquisas a respeito de tratamentos de fisioterapia, realizou-se uma comparação da aplicação de duas modalidades de eletroterapia no tratamento de lombalgias, observando-se a melhora da dor e da capacidade funcional dos pacientes avaliados (74). Em outro estudo da área, Machado et al. (75) compararam uma técnica de mobilização neural com um programa de alongamento muscular e encontraram resultados positivos com os dois métodos (melhora da dor; diminuição da distância dedo-solo e melhora da capacidade funcional).

Cavaliere et al.(46) analisaram as representações sociais de mulheres com fibromialgia a respeito da prática de exercícios físicos. Os resultados evidenciaram o alívio da dor e a melhora na dimensão emocional, com aumento da autoestima.

Alguns estudos avaliaram terapêuticas grupais como, por exemplo, a Escola de Coluna (76). Nessa pesquisa, 41 usuários do grupo foram avaliados após cinco encontros de capacitações teórico-práticas a respeito das enfermidades da coluna e seus cuidados. As avaliações obtidas indicaram melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida dos participantes da pesquisa. Uma outra abordagem terapêutica grupal e multidisciplinar para o cuidado das LER/DORT foi avaliada (77) em uma discussão conceitual. Os autores ressaltaram a importância das contribuições da Psicologia como um recurso para diminuir a culpabilização e reforçar a independência e autonomia dos doentes, minimizando o sofrimento psicológico envolvido na dor crônica.

Outros estudos também apontaram a importância da psicoterapia no cuidado das dores crônicas, como aquele conduzido por Araújo-Soares *et al.* (78) em que foram comparados dois grupos de cerca de 30 pacientes que receberam cuidados terapêuticos distintos. Em um deles, foram utilizadas intervenções médicas de rotina, enquanto no outro, essas técnicas foram associadas a um programa psicoterápico. Os resultados do grupo que recebeu as duas modalidades de tratamento evidenciaram maior redução da frequência e da intensidade da dor e dos níveis de sofrimento emocional dos pacientes. O uso da psicoterapia também foi apontado (45) em uma pesquisa qualitativa que tratou da complexidade da dor crônica, a partir de três estudos de caso. Nesse estudo, foi discutida a relação da dor crônica com processos culturais, biológicos, sociais e pessoais e apontou a relevância da psicoterapia como facilitadora de mudanças necessárias à reinserção dos sujeitos em seus contextos relacionais a partir da experiência com a dor crônica.

A respeito do uso de terapias complementares ou integrativas, foram encontradas algumas revisões da literatura e discussões conceituais que enfocaram: a importância do uso de terapias alternativas (dieta, meditação, musicoterapia, hipnose) associadas aos métodos analgésicos convencionais para reduzir o abuso e os efeitos colaterais da medicação (79); a melhora da dor crônica pelo emprego de medidas relacionadas à religiosidade e espiritualidade

(80); evidências positivas do emprego de terapias alternativas no tratamento da fibromialgia (81).

Pesquisas avaliativas e ensaios clínicos que avaliaram terapias complementares também foram identificados. Leão et al. (82) avaliaram 90 mulheres com LER/DORT após a audição de peças musicais para testar os efeitos da musicoterapia, observando a redução da intensidade de dor. A eficácia do toque terapêutico foi verificada em 30 idosos com dor crônica, tendo-se observado a melhora da intensidade da dor, do estado emocional e da qualidade do sono (83). O método Pilates também foi avaliado por meio de seu emprego no tratamento de 31 pessoas com dor crônica, que apontaram uma redução da intensidade dolorosa após o tratamento (84).

Todos os estudos avaliativos de tratamentos (medicamentosos e não-medicamentosos) encontrados consistiram em pesquisas quantitativas, exceto os estudos qualitativos de Cavaliere et al. (46) e Neubern et al. (45). Na maior parte das pesquisas, então, foram utilizadas escalas para mensuração da intensidade da dor. Alguns deles também utilizaram índices de qualidade do sono e questionários para avaliação da dor, da capacidade funcional e qualidade de vida.¹⁶

Foi interessante observar que as pesquisas encontradas abordaram outras formas de tratamento para as dores crônicas, além do uso de medicamentos e intervenções cirúrgicas. Por outro lado, a maciça utilização de questionários para avaliação da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida revela uma tentativa de objetivação da dor e de outros sinais e sintomas associados à dor crônica. Le Breton (1) afirma que o homem se esforça por fazer abortar a impotência da linguagem para expressar a dor sentida, o que me fez recordar das respostas de vários pacientes quando interrogados a respeito da qualidade de sua dor: *“Como é a minha dor?! Ah, é uma dor... que dói muito!”*

¹⁶ De acordo com Le Breton (2007), a clínica utiliza diversos instrumentos para mensuração da dor. A Escala Visual Analógica (EVA) mostra uma linha horizontal de 100 mm, cuja extremidade esquerda marca ausência de dor e a direita indica dor máxima. O paciente assinala qual a intensidade de sua dor no momento. Na escala numérica, o doente atribui notas de 0 (ausência de dor) a 10 ou 100 (dor máxima). São escalas cujo uso rápido é efetivo para avaliar os efeitos de um analgésico. Outras ferramentas tentam melhorar a avaliação, como os questionários que avaliam a qualidade da dor (Mac Gill, por exemplo). Segundo o autor, entretanto, a dor dita nunca é a dor sentida!

Como se pode observar na Figura 5, os temas mais encontrados após os tratamentos (não-medicamentosos e medicamentosos) foram: aspectos biológicos e instrumentos de avaliação. A preocupação com os aspectos fisiológicos da dor e sua mensuração por meio do uso de instrumentos de avaliação da dor convergem porque representam as tentativas de melhor compreensão e objetivação da dor crônica pelo modelo biomédico.

Lombalgia

Por meio da Figura 5, observa-se que o tema mais pesquisado para a palavra-chave lombalgia foi 'aspectos biológicos'. Empatados em segundo lugar, ficaram os temas: tratamentos medicamentosos; tratamentos não-medicamentosos e prevalência. Em terceiro lugar, vieram os aspectos sócio-culturais e os instrumentos de avaliação. E, por fim, apareceu o tema validação de instrumentos. Os demais temas (diagnóstico e adesão ao tratamento) não foram pesquisados nos artigos identificados.

Os tratamentos medicamentosos foram abordados (85) em uma discussão conceitual que apontou que esses devem constituir as terapêuticas iniciais adotadas para o tratamento das hérnias discais lombares. Os autores também discutiram a indicação de fisioterapia e bloqueios nas raízes nervosas, assim como a indicação de cirurgias em casos de falha no controle da dor ou dos déficits motores pelo insucesso das terapêuticas iniciais. Dois ensaios clínicos compararam associações de alguns medicamentos para o controle da dor lombar em grupos de pacientes. Nesses dois estudos, os autores encontraram resultados satisfatórios quanto ao alívio da dor, o que foi constatado pelo uso de escalas de mensuração da dor (86) e (87).

Dentre os tratamentos não-medicamentosos estudados, Falavigna *et al.* (88) realizaram uma revisão da literatura buscando artigos que discutissem alguns sinais e sintomas que poderiam indicar quais pacientes, já tratados clinicamente e sem sucesso, poderiam se beneficiar de determinada intervenção cirúrgica para hérnia de disco lombar. Em outro estudo de revisão, Andrade *et al.* (89) fizeram uma revisão histórica a respeito das Escolas de Coluna e de sua difusão no Brasil

e no mundo, a partir de sua criação em 1969. Os autores encontraram estudos controversos quanto à eficácia das Escolas de Coluna, além de haverem observado que essa forma de tratamento sofreu muitas modificações ao longo dos anos e que divergem bastante umas das outras, apesar de utilizarem o mesmo nome.

A única pesquisa empírica acerca de um tratamento não-medicamentoso foi um ensaio clínico (90) que testou os efeitos do *isostretching*, uma técnica de trabalho corporal que associa alongamento e fortalecimento muscular, no tratamento de lombalgias. Os pacientes foram avaliados mediante uma escala visual analógica, questionário de capacidade funcional e teste de repetição de exercícios, com resultados favoráveis nas 3 avaliações.

LER/DORT

Observando-se a Figura 5, é possível notar que a maioria dos artigos de LER/DORT abordou temas que envolviam aspectos sócio-culturais relacionados ao adoecimento e ao seu cuidado.

Nove artigos abordaram tais aspectos, como uma discussão conceitual (91) acerca do exercício da prática clínica da Medicina no acompanhamento dos casos de LER/DORT, com ênfase ao cuidado que os profissionais devem ter com relação à legislação e seus direitos e deveres legais. Em outra discussão conceitual (92), analisou-se a evolução das LER/DORT na região metropolitana de Belo Horizonte, com ênfase nos aspectos sócio-demográficos, no comportamento do mercado de trabalho e suas conseqüências para a saúde dos trabalhadores. O autor concluiu que o uso de modernas tecnologias, a implementação de novas formas de organização do trabalho, a expansão do mercado de trabalho informal e o aumento das terceirizações representam algumas das causas para uma epidemia de LER/DORT na região estudada. Ele discutiu, ainda, a segregação social conseqüente da expulsão de trabalhadores jovens do mercado de trabalho por meio de afastamentos ou aposentadorias precoces e a segregação por gênero, visto que as mulheres são as mais afetadas pelas LER/DORT devido à

divisão social e sexual do trabalho. Com relação à etiologia multifatorial das LER/DORT, Chiavegto et al. (66) conduziram uma discussão conceitual acerca da necessidade de intervenções transdisciplinares que dêem conta de toda a sua complexidade.

Seis pesquisas empíricas também abordaram aspectos sócio-culturais do adoecimento. Neves et al. (93), por meio de entrevistas com trabalhadores com LER/DORT afastados pelo INSS, procuraram compreender seus itinerários terapêuticos na busca pelos cuidados em saúde. Os autores verificaram que o início das enfermidades foi marcado pelo cansaço e dor, somados às dificuldades seguintes relacionadas ao estabelecimento do diagnóstico, às perícias médicas e à busca por reabilitação, além da freqüente auto-culpabilização dos entrevistados pelo adoecimento. Merlo et al. (94) também entrevistaram trabalhadores afastados por LER/DORT e conduziram grupos de discussão com os mesmos. Nos relatos dos entrevistados, foi possível observar o aumento do sofrimento subjetivo relacionado à intensificação do trabalho, com suas 'novas' formas de organização. Os pesquisadores apontaram uma tendência de formas mistas de gestão do processo produtivo, aliando princípios advindos dos modelos 'tradicionais' – taylorista/fordista – a formas de gestão mais contemporâneas ditas 'japonizadas' (94). Além disso, os entrevistados relataram um sentimento de ambivalência com relação ao trabalho, ora lembrado como fonte de dor e sofrimento, ora reconhecido como uma fonte de prazer e realização pessoal.

Dialogando com esse estudo, foi encontrada uma pesquisa realizada por Neves et al.(95), em que se utilizaram narrativas de trabalhadores com LER/DORT para conhecer suas experiências com a enfermidade. Os resultados revelaram que a incapacidade dos entrevistados manifestou-se, em princípio, na percepção de uma ineficiência de seu corpo para o trabalho, mas a legitimação da doença foi mais tardia, com sua cronificação e algumas situações de invalidez.

Ghisleni et al. (61) também conduziram uma pesquisa avaliativa em que 50 trabalhadores foram entrevistados e submetidos a avaliações físicas. Os resultados apontaram que 80% dos entrevistados eram mulheres e a maioria

(exceto um entrevistado) apresentavam contratura muscular excessiva na musculatura próxima à coluna cervical. Os entrevistados também apontaram alguns fatores organizacionais do trabalho como causadores das LER/DORT: trabalho repetitivo e em ritmo acelerado; jornadas de trabalho extensas; horas extras; acúmulo de funções etc. Além disso, os autores perceberam que o trabalho exigiu desses trabalhadores o uso de competências que exigiam o envolvimento de suas subjetividades, para que pudessem competir e adaptar-se à intensificação e às mudanças do trabalho. Em outra pesquisa avaliativa, Barbosa *et al.*(96) utilizaram entrevistas semi-estruturadas para averiguar possíveis mudanças na vida de trabalhadores adoecidos por LER/DORT em um Tribunal Regional do Trabalho. As autoras concluíram que as incertezas relacionadas à busca pelo diagnóstico e ao medo de perderem suas funções, fizeram com que os entrevistados mudassem alguns aspectos de sua vida, com uma diminuição do ritmo de trabalho e incorporação de atividades de cuidado com a saúde. Além disso, alguns deles resgataram antigos projetos, como a dedicação aos estudos. Dessa forma, as pesquisadoras apontaram a necessidade de se explorar os potenciais remanescentes dos adoecidos e a melhora da qualidade de vida e, não apenas, o controle da dor nos casos de LER/DORT.

Ramos *et al.*(60) realizaram uma pesquisa sócio-antropológica em que foram construídas as histórias de vida relacionadas aos modos de trabalhar e viver de trabalhadoras com LER/DORT da indústria calçadista. Para as trabalhadoras entrevistadas, o trabalho foi apontado como um elemento central e organizador dos seus modos de vida e, portanto, o afastamento do trabalho acabou por romper suas identidades pessoais. Além disso, todas as entrevistadas iniciaram suas vidas de trabalho nas fases de infância ou adolescência, o que se relaciona com a baixa escolaridade encontrada entre as participantes da pesquisa. Assim como apontado por Merlo *et al.*(94), as entrevistadas também revelaram um sentimento ambivalente com relação ao trabalho, ora como fonte de satisfação ora como fonte de sofrimento.

Assim como foi observado nos artigos encontrados para a palavra-chave dor crônica, a importância de abordagens psicoterápicas também foi apontada por

alguns autores dos artigos identificados pela palavra-chave LER/DORT. Echeverria et al. (97) utilizaram o relato de um caso de LER/DORT para discutir os elementos da história pessoal que podem ter contribuído para o surgimento da enfermidade. Os autores ressaltaram a importância de se levar em conta os aspectos subjetivos envolvidos nas histórias de adoecimento e, não apenas, os fatores orgânicos ou mesmo macrosociais. Ao final do artigo, apontam que a psicoterapia psicanalítica poderia contribuir no sentido de ampliação do entendimento e do cuidado das LER/DORT.

O comprometimento da esfera psicológica nesses casos pode ser decorrente da experiência com a dor crônica e, logicamente, esse aspecto deve ser abordado. Muitas vezes, entretanto, observa-se que algumas características psicológicas dos sujeitos são utilizadas para explicar o surgimento de uma dor que não se consegue muito bem explicar, o que aumenta o sofrimento da pessoa por gerar autoculpabilização. Em um dos artigos identificados por dor crônica, as autoras afirmaram o seguinte:

A suspeição sobre a verdade da dor ou a sua atribuição a fatores psicológicos, em detrimento do reconhecimento do sofrimento físico, poderá ser a causa de abandono do tratamento (...) A idéia de reprogramação física e psíquica é central no tratamento da dor crônica, embora também aqui seja preciso assumir seus limites (Lima e Trad) (27)

Observando-se a Figura 5 novamente, nota-se que o tema tratamentos não-medicamentosos apareceu em segundo lugar, com 3 artigos identificados e escritos por fisioterapeutas. Dois desses artigos abordaram a qualidade do atendimento de fisioterapia prestado a trabalhadores adoecidos por LER/DORT. Em um deles foram analisadas as representações sociais de fisioterapeutas a respeito das LER/DORT. Nessa pesquisa, Augusto et al.(28) perceberam que alguns dos profissionais entrevistados desacreditavam no sofrimento dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT. Alguns deles relataram que vêem essas enfermidades como simulações, por meio das quais os trabalhadores querem

apenas garantir seu salário junto ao INSS. Os autores do artigo alertaram para o fato de que o não reconhecimento da doença pelo fisioterapeuta poderia influenciar na qualidade do tratamento oferecido. Apesar da maior parte dos entrevistados haver relatado a importância das orientações dadas pelo profissional e da cinesioterapia, essas estratégias não foram encontradas durante a observação dos atendimentos de fisioterapia, que também fez parte da pesquisa.

Com objetivos semelhantes, Caetano et al. (65) conduziram um estudo quantitativo para avaliar o perfil de 80 trabalhadores com LER/DORT e o tipo de tratamento fisioterapêutico em que estavam inseridos. Os resultados encontrados apontaram: predomínio do gênero feminino entre os entrevistados; grandes dificuldades para a realização de atividades de vida diária; longa permanência em acompanhamento fisioterapêutico (média de 4 anos); mínimas orientações de exercícios e atividades de vida diária; insuficiente acompanhamento do tratamento pelo fisioterapeuta. Quanto à qualidade do tratamento fisioterapêutico, os autores referiram: adoção de um modelo estritamente curativista, com pouca participação dos entrevistados; falhas na formação do fisioterapeuta com relação ao tratamento das LER/DORT e ausência de uma abordagem interdisciplinar para o cuidado dessas enfermidades.

Pessoa et al.(62) realizaram uma pesquisa avaliativa para verificar aspectos relacionados ao adoecimento e para avaliar um programa de tratamento para trabalhadores com LER/DORT. Para tanto, nove trabalhadores do grupo em questão foram abordados mediante entrevistas abertas conduzidas por um roteiro de perguntas. Os autores constataram que a dor e as limitações funcionais interferiam negativamente na realização de atividades domésticas, de trabalho e de lazer, levando a um isolamento social dos entrevistados. Verificaram também que o tratamento em grupo proporcionou uma socialização da experiência do adoecimento e o aprendizado de maneiras de lidar com a dor, por meio de exercícios e posturas mais confortáveis e seguras para o corpo, ao contrário do que foi apontado por Augusto et al.(28) e Caetano et al.(65) acerca das sessões individuais de fisioterapia averiguadas em suas pesquisas.

III. 7. Revisão da literatura: considerações e reflexões

Destacando-se a análise dos artigos relacionados aos tratamentos, observa-se que o modelo biomédico é utilizado por outros profissionais de saúde, além dos médicos. Os fisioterapeutas, por exemplo, utilizam condutas terapêuticas para tratar as partes do corpo dos doentes que sofrem de LER/DORT, sem compreenderem os seus sofrimentos e os sujeitos como um todo, assim como o complexo emaranhado de fatores envolvidos no surgimento e desenvolvimento desses agravos.

Além disso, foi possível observar que, apesar dos médicos terem se destacado na realização de pesquisas a respeito de dores crônicas e lombalgias, seus estudos priorizaram a objetivação da dor por meio do uso de variados instrumentos de avaliação desse sintoma, o que caracteriza o reducionismo biológico do modelo biomédico. Entretanto, fisioterapeutas e enfermeiros também realizaram grande número de estudos dessa natureza, o que também pôde ser evidenciado pelo grande número de publicações dos artigos escritos por esses profissionais nas revistas da área médica.

No caso da palavra-chave LER/DORT, os fisioterapeutas foram os profissionais que mais publicaram os artigos identificados e observou-se que, ao contrário dos artigos identificados para as outras palavras-chave, esses autores publicaram muitas de suas pesquisas em revistas da área de Saúde Coletiva. Algumas das pesquisas conduzidas por eles analisaram as experiências de trabalhadores com as enfermidades e seus itinerários terapêuticos, apontando uma maior preocupação com os aspectos sócio-culturais envolvidos na ocorrência das LER/DORT, uma vez que tais itinerários não são se referem apenas ao consumo de serviços de saúde, mas envolvem as interpretações dos sujeitos, suas decisões e opções de busca por ajuda.

Uma possível explicação para essa diferença entre os tipos de estudos conduzidos pelos fisioterapeutas pode decorrer do fato de que os artigos identificados pela palavra-chave LER/DORT indicam que os autores reconhecem

a existência desse grupo de enfermidades e seu caráter social. Por outro lado, os artigos identificados pela palavra-chave dor crônica podem abordar as LER/DORT e tratá-las como manifestações inespecíficas de dor crônica ou fibromialgia, desconsiderando o contexto social que faz parte do processo de adoecimento e a relação dessas enfermidades com o trabalho. Essa diferença, que não é apenas conceitual, implica em diferentes olhares sobre os processos saúde-doença e, conseqüentemente, nos tipos de pesquisa escolhidos para abordá-los.

Os tratamentos ofertados pelos profissionais de saúde também dependem do referencial adotado em suas práticas e podem aproximar-se mais ou menos do modelo biomédico. Os artigos identificados pela palavra-chave dor crônica abordaram formas de tratamento bastante variadas que incluíram: uso de medicamentos, recursos fisioterapêuticos, terapias complementares ou integrativas, Escolas de Coluna, grupos terapêuticos multidisciplinares etc.

Apesar de alguns estudos terem abordado terapêuticas com enfoque mais global dos sujeitos, além das convencionais, a maioria das pesquisas empíricas buscou a objetivação dos sintomas por meio de escalas e instrumentos de avaliação da dor. Os artigos identificados a partir da palavra-chave lombalgia analisaram terapêuticas menos diversificadas, como os tratamentos medicamentosos, cirurgias e Escolas de Coluna. Entretanto, de forma semelhante ao que foi encontrado para os artigos de dor crônica, as pesquisas empíricas analisadas utilizaram, prioritariamente, escalas para mensuração da dor.

Em contrapartida, para a palavra-chave LER/DORT, os artigos identificados que abordaram tratamentos discutiram algumas limitações dos atendimentos individuais realizados por fisioterapeutas, como a adoção de condutas tecnicistas e fragmentadas, a ênfase insuficiente em práticas que envolvam exercícios terapêuticos e de autocuidado e a falta de compreensão dos fatores envolvidos nos processos saúde-doença. Ao contrário, uma proposta terapêutica grupal foi apresentada por um dos autores como uma ferramenta importante para a socialização do adoecimento e o aprendizado de formas de lidar com a dor.

É inquestionável a relevância das pesquisas que testam métodos de avaliação da dor e daquelas que utilizam variadas formas de quantificação e apreensão da experiência dolorosa, principalmente, em avaliações do tipo 'antes e depois' de intervenções terapêuticas específicas, como administração de medicamentos, bloqueios nervosos, massagens, alongamentos e tantas outras. Essas mensurações auxiliam nos testes de eficácia de terapêuticas que podem trazer alívio para muitas pessoas que sofrem de dor crônica. Entretanto, as pesquisas que dão voz aos sujeitos que sofrem são importantes para uma melhor compreensão da dor crônica como um fenômeno complexo, não limitado à presença ou ausência de dor. Como exposto por David Le Breton (1), a respeito dos estudos de dor experimental, que também é pertinente à presente discussão:

(...) Mais vale interrogar o doente acamado, em situação de sofrimento real, recolher através de entrevista e observação os traços particulares da sua resposta ao mal que o aflige, recorrer a testes já testados e reconhecidos, questionar a família e as pessoas próximas (...) a dor não se deve a um estímulo num receptor biológico, mas sim ao sentir de um homem, com toda a espessura dos seus sentimentos, da sua psicologia pessoal, dos seus valores e da sua experiência (p. 165-166).

CAPÍTULO IV

CASOS: JÚLIA E MARCOS

*Esperando, esperando, esperando... Esperando o Sol,
esperando o trem, esperando o aumento para o mês
que vem, esperando um filho, pra esperar também.*

(“Pedro Pedreiro”, Chico Buarque)

Os dois estudos de caso que serão descritos a seguir abordam aspectos da trajetória de trabalho e de adoecimento de Júlia e Marcos, cujos nomes fictícios foram escolhidos para preservar a identidade dos entrevistados. Suas histórias de vida temática serão contadas a partir dos seguintes tópicos:

Pra começo de conversa

Vida e trabalho

O significado do trabalho

Trabalho e saúde

A busca por tratamento

O papel da rede social

Relação sindical

Como será o futuro?

IV. 1. Caso Júlia

Júlia tem 42 anos e mora em Hortolândia. Está casada com Mauro há seis anos e eles não têm filhos. Quando foi entrevistada, estava recebendo seguro-desemprego porque havia sido demitida da última empresa em que havia trabalhado. Devido à redução da renda familiar a partir de sua demissão, Júlia estava realizando faxinas em residências e alguns trabalhos esporádicos como fotógrafa.

Vinha sendo acompanhada pela equipe do Cerest desde agosto de 2010 devido ao diagnóstico de tendinite de ombro direito (músculo supra-espinhoso), epicondilite lateral e cervicodorsalgia¹⁷ por LER (Lesões por Esforços Repetitivos).

¹⁷ A tendinite do músculo supra-espinhoso ocorre por compressão do tendão desse músculo entre a grande tuberosidade da cabeça do úmero e a porção anterior e inferior do acrômio durante a elevação do braço. As epicondilites são provocadas por ruptura ou estiramento dos pontos de inserção dos músculos flexores ou extensores do carpo no cotovelo, ocasionando processo inflamatório local que atinge tendões, fâscias musculares e tecidos sinoviais. A cervicodorsalgia caracteriza-se por dor na região da coluna cervical e coluna torácica ou dorsal (Ministério da Saúde, 2001).

Pra começo de conversa...

Na sala de espera do Cerest, quando foi convidada a entrar para iniciarmos a primeira entrevista, Júlia aparentava certa apreensão, apesar de já conhecer a pesquisadora devido ao tratamento de fisioterapia que já havia iniciado. O desconforto inicial foi se dissipando conforme a conversa foi acontecendo e a forma como Júlia se expressava era bastante viva e gesticulada, com relatos cheios de bom humor. Ela gosta muito de conversar e as entrevistas foram momentos bastante descontraídos, em que foi possível constatar como o corpo pode revelar algumas emoções. Tais considerações serão retomadas mais adiante.

Júlia nasceu em Londrina, Paraná. Sua família mudou-se para São Paulo, quando ela tinha cerca de 6 anos de idade, em busca de melhores condições de vida. Ela contou que começou a trabalhar aos 8 anos de idade, antes de iniciar sua vida escolar, aos 10 anos. Quando concluiu a terceira série, aos treze anos, sua mãe decidiu mudar-se para Monte Mor, no interior de São Paulo, com Júlia e seus dois irmãos menores. Devido às dificuldades financeiras, Júlia não pôde continuar os estudos naquele ano e sua mãe arranhou um emprego para ela na mesma empresa onde havia começado a trabalhar. À escola, Júlia retornou depois de 4 anos, ingressando em cursos supletivos até concluir o segundo grau aos 22 anos.

Ao falar de sua profissão, ela disse que era fotógrafa, mencionando uma das atividades que exerceu em determinado momento de sua vida. Em seguida, corrigiu-se e disse que era operadora de produção.

Atualmente, mora com o marido Mauro, no município de Hortolândia, próximo a Campinas. A casa foi adquirida há 3 anos e sua construção foi sendo finalizada aos poucos, conforme permitiam os rendimentos do casal.

Eles não têm filhos e possuem uma gata e uma cachorra, tida por Júlia como uma companheira muito obediente, ao contrário da gata, que é 'mais livre e independente'. Considera-se de religião evangélica, embora não freqüente a igreja assiduamente.

Vida e Trabalho

Júlia começou a trabalhar aos 8 anos de idade, montando chuveiros em casa. A avó de Júlia mantinha um vínculo de trabalho informal com certa empresa, que fornecia as peças dos chuveiros para serem montados em casa e devolvidos à fábrica. De acordo com Vilela e Ferreira (98) p. 184:

A informalidade contribui para eliminar os encargos sociais, uma vez que todos esses trabalhos são realizados sem nenhum tipo de contrato, eliminando qualquer tipo de vínculo trabalhista entre contratante e contratado.

Por meio desse tipo de contrato de trabalho precário, as condições de trabalho adversas ficam escondidas porque o trabalho em si acontece dentro das casas dos 'contratados', com riscos para a saúde ampliados para toda a família e moradores dos arredores, o que inclui a utilização de mão-de-obra infantil.¹⁸ (99)

A respeito do trabalho infantil, é sabido que este traz riscos para o desenvolvimento das crianças tanto com relação aos aspectos físicos como com relação aos aspectos cognitivos e emocionais. No caso do trabalho infantil no âmbito doméstico, os riscos ficam escondidos sob a proteção da esfera privada. Para Júlia, os riscos prováveis eram a repetitividade, a monotonia e a falta de tempo para brincar e para freqüentar a escola (Nioshi (100) *apud* Vilela e Ferreira) (98).

O trabalho era da minha vó. Só que ela não dava conta de fazer porque ela trabalhava com cozinha. Então, quem executava o trabalho era eu, mas tava no nome dela (...) É como se fosse um prato, um pirzinho de café. E eu colocava três parafusos nesse pires e depois colocava uma espécie de uma pasta de gesso e enrolava a resistência.

¹⁸ O trabalho precário realizado em âmbito doméstico, semelhante ao que ocorreu com Júlia no final da década de 70, tem aumentado desde a década de 1990 e também é comum na produção de calçados em Franca-SP (99); no processo de produção de jóias e bijuterias em Limeira-SP (98) e em tantos outros casos.

De acordo com Marx (101), cada capitalista pretende ultrapassar seus concorrentes e, para isso, implementa aperfeiçoamentos técnicos para lucrar ainda mais. Além disso, outras estratégias menos nobres também ajudam os capitalistas a manter e aumentar suas taxas de lucro, sendo a exploração do trabalho infantil uma delas.

Aos 9 anos, Júlia começou a trabalhar na mesma casa em que sua mãe fazia faxina. Segundo ela, a patroa precisava de alguém que cuidasse da manutenção da casa até a próxima faxina e decidiu fazer um teste com Júlia. Nessa casa, Júlia lavava e passava as roupas diariamente, além de fazer uma arrumação geral da casa e preparar o almoço:

Eu já chegava de manhã e colocava as roupas para bater na máquina. Enquanto as roupas batiam na máquina, eu ia passar as roupinhas das crianças (...) aí voltava e já tinha batido a roupa, deixava de molho de um dia pro outro algumas, colocava no varal, subia e fazia o almoço (...) Quando eles almoçavam, eu ia limpando os quartos, dava uma varrida, passava um pano úmido.

Aos 10 anos, Júlia começou a freqüentar a escola e concluiu a primeira, segunda e terceira séries nos anos seguintes. Com relação a esse período, não fez referência a nenhum tipo de trabalho, embora tenha relatado diversas vezes que sempre trabalhou, mesmo que auxiliando em tarefas da própria casa, cuidando dos irmãos, ajudando no trabalho dos pais etc:

(...) Mas eu sempre trabalhei, na minha vida eu sempre trabalhei. Tenho experiência com hidráulica, pedreiro, com a parte elétrica, tenho várias experiências. Meu pai era mestre-de-obra. Então, eu aprendi bastante coisa com ele.

O depoimento de Júlia coincide com as histórias de vida de trabalhadoras acometidas por LER/DORT (60), em que as verbalizações convergem para o ingresso precoce no mundo do trabalho, nas fases da infância ou adolescência, e para o pequeno espaço destinado à formação escolar. Para as mulheres

entrevistadas naquele estudo, o trabalho entrou em suas vidas como algo natural e necessário para a sobrevivência. Mais tarde, restaria a elas a admissão em postos de trabalho monótonos, repetitivos e desprovidos de autonomia.

Aos 13 anos, Júlia trabalhou como babá por cerca de um ano e, no ano seguinte, mudou-se para Monte Mor com sua família. Frequentou a escola por 6 meses, mas precisou interromper seus estudos para arranjar emprego e ajudar no provimento financeiro da casa. Intermediada pela mãe, Júlia conseguiu entrevista para uma vaga na empresa onde sua mãe havia começado a trabalhar como faxineira.

Aprovada na entrevista, ela foi contratada de forma clandestina porque estava com apenas 14 anos. Começou a trabalhar na produção de sorvetes com picoleteira manual, na torragem em forno industrial, dentre outras atividades.

Relatou que sentia muito medo de ser demitida devido ao caráter sazonal do trabalho, em que o aumento da produção ocorria nos períodos mais quentes do ano, com a contratação de mão-de-obra temporária. Para manter o trabalho, tentava ser criativa e se diferenciar dos demais funcionários para ter mais chances de continuar na empresa:

Eu fazia picolé, embalava, aumentava a produção e tava sempre bolando alguma coisa. (...) O meu medo era o seguinte: eu ficar obsoleta pra empresa e, aí, por um motivo ou outro, eles quererem me dispensar, né? Então aí, eu tinha muito medo. E a empresa era assim: no período de calor, nossa! Era muito corrido. E quando ia ficando inverno, já ia diminuindo (a produção, o ritmo). Então, eles pegavam as pessoas tudo temporário (...) E eu fui melhorando, fui acertando, eu inventei muitas coisas lá na empresa. Até hoje, eles comentam de mim na empresa!

Após 9 anos de trabalho na fábrica de sorvetes, Júlia disse que já estava um pouco cansada devido ao ritmo acelerado de trabalho e também pela distância de sua casa em relação à empresa. Decidiu, então, enviar um currículo para uma metalúrgica, que ficava mais perto de sua casa. Foi aprovada na entrevista de seleção e fez um acordo com a fábrica de sorvetes, para que pudesse ser demitida e assumir o novo emprego.

Começou a trabalhar na fundição e, após 20 dias, foi promovida para atuar como operadora de máquina porque apresentou bastante agilidade e rapidez na execução de suas tarefas. Trabalhou nessa empresa por cerca de 2 anos, mas pediu demissão porque, segundo ela, havia muitos acidentes de trabalho e isso começou a prejudicá-la emocionalmente. Júlia contou que teve alguns períodos de ‘ausência’ por conta disso, o que ela denominou de ‘apagões’. Em uma dessas situações, ela se recordou de haver ido dormir numa terça-feira à noite e só haver acordado novamente na quinta-feira. Após o terceiro episódio semelhante, Júlia decidiu que não retornaria mais à empresa.

Ao descrever esse trabalho, Júlia adotou um tom de voz mais baixo e manteve sua coluna bem curvada. Era como se, ao recordar, ela sentisse novamente o peso e a carga emocional envolvidos na vivência daquele trabalho:

Uma pessoa perdeu o braço, perdeu parte da mão, uma menina perdeu a parte capilar quase inteira (...) é como se eu tivesse duas personalidades: uma se importava, a outra não. E eu tinha que trabalhar. Quando eu deitava, eu não conseguia dormir, eu ficava rolando na cama, eu chorava, eu via as pessoas sofrendo, elas davam tudo de si. E eu não parava de pensar, eu tava fazendo serviço na máquina e era como se eu contasse a rotação que a máquina tinha (...) Então, aconteciam os acidentes e era como se não tivessem acontecido. Só que, no subconsciente, ficavam registrados. Acho que era isso que tava acontecendo comigo. Então eu pensava: daqui a pouco eu vou apagá... Então, eu pensei que eu tinha que sair de lá, fazer outra coisa. E aí, eu fui trabalhar com fotografia.

De acordo com Marx (101), p. 38: “no processo de produção capitalista, não é o trabalhador que usa os meios de produção (...) dentro da fábrica, o trabalhador se torna um apêndice da máquina e se subordina aos movimentos dela, em obediência a uma finalidade – a do lucro – que lhe é alheia”.

Após sair da metalúrgica, Júlia contou que fez alguns cursos de fotografia e começou a trabalhar com outros profissionais do ramo. Conforme foi adquirindo experiência, a quantidade de trabalho foi aumentando e ela conseguiu montar um estúdio em sociedade com um colega. Ela fotografava e realizava os trabalhos

externos, enquanto o sócio administrava o negócio. Porém, após certo período que ela não soube precisar, seu sócio começou a desviar dinheiro do estúdio, com a conseqüente falência do negócio.

Nesse período, Júlia casou-se e logo depois, começou a trabalhar em uma clínica de terapias integrativas. Ao falar desse trabalho, foi perceptível o entusiasmo da entrevistada, que assumiu uma postura corporal mais ereta e começou a descrever os acontecimentos vividos, como se recordasse de uma fase muito feliz de sua vida. Sem dúvida, foi o momento da entrevista em que ela demonstrou mais orgulho de sua atuação profissional e isso pareceu refletir na postura corporal que adotou.

Essa clínica foi denominada por Júlia como um 'espaço de equilíbrio energético' e, para o qual, ela foi contratada como faxineira. Entretanto, como não havia secretária no local, ela decidiu levar um telefone sem fio que tinha em sua casa e o carregava em seu bolso, para que pudesse atender as ligações quando os terapeutas estivessem ocupados ou ausentes.

Júlia informou que atendia bem os clientes e fazia propaganda das técnicas oferecidas pelo espaço. Após algum período de trabalho, os donos da clínica perceberam que ela tinha muito potencial e a promoveram para ser secretária, contratando outra funcionária para trabalhar na limpeza do local. Ela trabalhou nessa clínica até o fechamento da mesma, cerca de 2 anos após ter sido admitida.

Quando deixou a clínica, Júlia trabalhou por 3 meses em uma empresa de empréstimo consignado. Mas pediu demissão ao descobrir que a empresa estava fraudando os clientes, o que a fez se sentir responsável, uma vez que as pessoas que solicitavam os empréstimos confiavam em sua palavra. Em seguida, trabalhou como empregada doméstica mais uma vez, função que exerceu por aproximadamente 1 ano.

Logo depois, relata que foi admitida em uma empresa do ramo químico, que prestava serviços para uma multinacional coreana fabricante de telefones celulares. Esta multinacional congregava em sua planta, várias outras empresas que realizavam partes do processo para a fabricação dos aparelhos e a empresa

que contratou Júlia era uma delas. Segundo Antunes (102), na fase atual de desenvolvimento do sistema capitalista:

Inúmeras empresas vêm aumentando as atividades de trabalho produtivo realizado no espaço domiciliar ou em pequenas unidades produtivas, conectadas ou integradas às empresas (p. 147).

Nesta fábrica, cujo nome fictício empregado na presente pesquisa é Suna, Júlia trabalhou inicialmente sob regime de trabalho temporário, durante 3 meses, intermediado por uma empresa de recrutamento de pessoal e foi efetivada após esse período de experiência. Contou que esses primeiros meses foram muito difíceis porque ela sabia que a manutenção do contrato de trabalho dependia de seu desempenho ao longo desse período. Tal situação coincide com a realidade de milhares de trabalhadores em todo o mundo devido ao aumento, nas últimas décadas, de formas de trabalho precárias que incluem os subcontratos, as terceirizações, os contratos temporários etc (102).

Júlia trabalhou como operadora de produção, no setor de montagem de celulares por 2 meses. Apesar de não pertencer formalmente ao ramo metalúrgico, o processo de trabalho da Suna é muito semelhante ao das metalúrgicas, como o leitor poderá observar adiante. Na montagem, Júlia utilizava uma pinça para colocar os componentes nas placas de celulares, em ritmo bastante acelerado:

(...) dois meses na montagem, eu fazia muito esforço, meus dedos ficavam em carne viva. Porque como eu era rápida pra colocar (os componentes), eles tiraram as pessoas e colocaram só eu pra fazer aquele trabalho (...) Eu chegava na montagem e tinha vontade de chorar porque até você acostumar com a pinça, isso aqui (mostra o movimento de pinça): doía muito, às vezes eu não agüentava, eu queria parar um pouco mas eu via que eu num podia. Sabe? Era uma coisa assim, que eu tinha que dar, eu suava, eu chorava, baixava a cabeça assim, não levantava a cabeça pra nada...

O processo de produção capitalista apresenta duas facetas: o processo de trabalho, que é a produção de bens em si, e o processo de valorização, que é a produção de mais-valia. O sofrimento imposto a Júlia reflete essa busca incansável do capital pela produção de mais-valia porque não é suficiente produzir, é preciso produzir com lucro (103).

Após pouco mais de 2 meses de trabalho, Júlia teve conjuntivite e precisou afastar-se do trabalho. Devido a algumas complicações e, contrariada, precisou permanecer afastada por cerca de 30 dias e estava certa de que não seria efetivada pela Suna. Entretanto, ao final do contrato temporário, alguns dias depois de seu retorno ao trabalho, Júlia recebeu a notícia de que seria efetivada:

Quando venceu meu contrato, no meu último dia na empresa, fiquei na porta esperando (...) até que me chamaram e aí a Si (funcionária do setor de Recursos Humanos da Suna) chegou e falou assim: 'Parabéns!' E eu não entendia nada... eu tava cega, muda e surda! Eu tava com água no olho e aí escorreu. E ela falou assim: 'Pára de chorar e pega suas coisas. E vai fazer os exames!' E falou: 'Não chora! Você tá aqui pelo seu talento, pelo seu esforço!'

Júlia trabalhou em diversos postos de trabalho da linha de produção ao longo dos três anos em que permaneceu na Suna. E sempre mantinha o esforço em aprender mais, para se sobressair e continuar na empresa:

Eu fui adquirindo mais conhecimento da empresa, fiquei sendo especialista de Windows, depois me colocaram no re-trabalho, fora da empresa (na própria sede da multinacional contratante e nas demais empresas contratadas). Aí, me colocaram no RNA da qualidade. E, depois, me promoveram pra qualidade. Aí, eu tive que sair da montagem e fui pra qualidade. O último posto que eu trabalhei foi na qualidade.

Durante os depoimentos acerca do trabalho, Júlia relatou um pouco do que sentia, trabalhando em ritmo tão acelerado. Ela percebia que estava começando a sentir dores intensas (no pescoço, nos ombros e nas mãos), mas não conhecia a verdadeira dimensão do problema:

Eu imaginava assim: tava doendo, eu tava cansada porque eu tava fazendo muito. Mas eu pensava assim: quando a empresa me mandar embora, aí eu vou ficar 4 meses em casa, vou conseguir o seguro-desemprego e vou ficar numa boa. Quando tiver pra acabar o seguro-desemprego, eu vou começar a procurar emprego porque eu vou recuperar em alguns meses, e volto a trabalhar numa boa. Só que não aconteceu isso. Quando eu parei de trabalhar, eu travei...

Devido ao fechamento da Suna, todos os funcionários foram demitidos. Júlia estava recebendo seguro-desemprego (a 4ª parcela de cinco) no momento da entrevista. Para complementar a renda, ela retomou alguns trabalhos esporádicos de fotografia. Devido à escassez de trabalho, Júlia iniciou serviços de faxina em residências, cerca de 3 vezes por semana. Mas, pelas exigências desse tipo de trabalho, Júlia já apresentava um agravamento do quadro, necessitando procurar atendimento em pronto-socorros por várias vezes, na tentativa de aliviar a dor.

O significado do trabalho

De acordo com Albuquerque e Pazinato (104), as representações sociais a respeito do trabalho variam conforme o momento histórico, mas também de acordo com as classes sociais. Para as classes trabalhadoras, o trabalho é sinônimo de sobrevivência e aquisição de realizações materiais e, para as classes mais abastadas, o trabalho significa a fonte das concretizações e a acumulação de poderes.

Há uma convergência entre o significado do trabalho para as classes menos privilegiadas e a concepção de trabalho apresentada por Júlia. Para ela, o trabalho é a esfera da vida que lhe fornece uma sensação de utilidade perante o mundo e é a fonte para conquistar aquilo que deseja ter:

Ah, o significado do trabalho para mim é superação, é satisfação, é conquista, é... no trabalho, você (entusiasma-se), você conquista as coisas, você tem as coisas, você se

enxerga melhor, você se acha útil. Então o benefício pra você, acho que é alegria, trabalho para mim é isto.

Além desse depoimento, Júlia falou diversas vezes, ao longo da entrevista, que o trabalho na fábrica de celulares foi essencial para que ela conseguisse finalizar a construção de sua casa:

Muitas meninas reclamavam o tempo inteiro, era muita reclamação! (...) Eu pensava assim: tô trabalhando e recebendo de 15 em 15 dias. Eu faço as minhas compras do mês, eu tô pagando a minha casa, tô reformando a minha casa, entendeu? É difícil, mas quando eu entrei aqui eu já sabia. Eu entrei pra trabalhar. Então, a minha posição é essa: eu vou entrar pra trabalhar, entendeu?

A possibilidade de conviver com outras pessoas e aprender coisas novas também foram apontadas por Júlia como elementos importantes do trabalho para ela. Essa resposta foi dada quando questionada sobre sua preferência - o trabalho como faxineira ou o anterior, na fábrica de celulares Suna:

Eu gostava mais de lá por causa do convívio com as meninas, sabe? Era um trabalho de superação pra mim, todos os dias. Era gostoso eu ver uma peça nova, um equipamento novo, aprender coisas novas, sabe? Eu gosto de estar sempre aprendendo, sempre evoluindo... A limpeza ali na casa é aquilo ali, pronto e acabou. A vassoura varre, a água limpa, o rodo rapa e o pano seca. Não tem muita coisinha, sabe?

Trabalho e saúde

Quando questionada acerca da interferência do trabalho na saúde das pessoas, Júlia não estabeleceu uma relação imediata entre esses fatores. Além disso, seu depoimento revelou uma certa ambigüidade em relação a isso: primeiro referiu-se à influência da atitude individual do trabalhador na geração de saúde ou doença para, em seguida, referir-se às condições de trabalho impostas ao trabalhador:

Depende do trabalho e de que forma você tá trabalhando, né? (...) Então, eu tenho que ter jogo de cintura para trabalhar. Quando eu vejo que tá puxado pra mim, eu sossego um pouco (...) tem serviço que é muito pesado, tem serviços que você não pode parar. Você vai receber uma remuneração por isso, só que você é forçado a ir além dos seus limites, né? Aí, eu já acho que prejudica. Eu já sei que é uma coisa assim, que você faz hoje e amanhã você não pode fazer. Aí, você fica deprimido porque você não se sente útil no trabalho. Então, eu acho que influencia na saúde, se for deste jeito.

Essa ambigüidade em seu discurso pode estar relacionada ao duplo caráter do trabalho em sua vida. Ela percebe que o mesmo trabalho que lhe proporciona aprendizado, interação social e conquistas materiais pode, também, lhe trazer algum tipo de desgaste¹⁹ ou sofrimento. Na revisão da literatura apresentada no Capítulo III, alguns estudos analisados também apontaram essa ambivalência no sentido atribuído ao trabalho por pessoas acometidas por LER/DORT (94) e (60).

Assim, quando a entrevistada foi solicitada a refletir a respeito da interferência do trabalho em sua própria saúde, ela relatou as conseqüências de certas limitações de saúde no seu trabalho atual (fotógrafa e faxineira), mas não as relacionou ao trabalho anterior (operadora de produção):

Influencia bastante (o trabalho na saúde) pelo seguinte: apesar de eu estar fazendo uma coisa que eu gosto, que é fotografia, mas para manter a fotografia hoje eu preciso fazer um serviço pesado, que é o de diarista. Então, é uma coisa que você chega e, aí, tem bolo até no teto, se é aniversário, ou tem gordura até no teto, se é churrasco, né? Então, você tá com o braço dolorido, tempo de frio, você tá cansada porque você não conseguiu dormir à noite por causa das dores. Aí você vai subir escada, você desce, você vai esfregar alguma coisa, você vai enxaguar, você tem que secar. Então, tem uma hora que você muda o braço, você fica lutando...

¹⁹ O termo desgaste é bastante utilizado no campo da Saúde do Trabalhador e se refere à perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica. Ou seja, o desgaste não remete a algum processo particular isolado, mas sim, a transformações negativas nos processos biopsíquicos (Laurell apud Lopes, 2000).

Somente quando perguntada a respeito da causa dos problemas de saúde atuais foi que a entrevistada mencionou o trabalho na Suna:

A última empresa que eu trabalhei foi difícil... Porque, se eu tivesse a oportunidade de esticar o braço ou de revezar, para não ficar só naquela coisa. Então, assim: se você se dá bem num posto, você tinha que ficar ali. O importante era a produção, então você ficava e chegava uma hora que você via que não dava mais, mas você tinha que ficar. Então, isso tudo juntou, aglomerou. Então, todos estes problemas que eu tô hoje, é esse trabalho.

Entretanto, no decorrer da entrevista, Júlia declarou-se como a principal responsável pelo processo de adoecimento. Ela relembrou o fato de que, ao ser admitida para trabalhar na Suna, ela estava tão obstinada em pagar sua casa e reformá-la, que se submeteu a realizar avidamente o seu trabalho:

Se eu não tivesse sido tão dura comigo mesma, eu não taria assim, né? Eu sei que a empresa tinha compromisso, eu sei que eu tinha um sonho pra realizar. Então, eu não posso colocar a culpa nos outros. A culpa também é... eu acho que é mais minha, né? Porque eu tava sentindo, eles não... Eu tava vendo, eles não... Eles queriam, eles eram pressionados para ter a peça... a chefe era pressionada para pressionar a gente, e a gente se deixou pressionar.

É muito comum que os trabalhadores sejam responsabilizados por todos os agravos à saúde que os acometem. Essa postura faz parte da ideologia capitalista e tem como objetivo proteger os empregadores quanto à sua responsabilidade por oferecer condições adequadas e saudáveis para a realização do trabalho. No caso da investigação dos acidentes de trabalho, a teoria do 'ato inseguro' costuma culpabilizar a vítima pelo agravo sofrido (105). Dessa forma, muitos trabalhadores acabam sendo influenciados pelas concepções das classes dominantes e reproduzem os mesmos discursos.

O processo de trabalho na Suna é todo manual, tipicamente fordista²⁰, em uma linha de montagem que reúne cerca de 20 postos de trabalho. Ao longo da linha, os micro-componentes vão sendo colocados nos aparelhos celulares pelos trabalhadores. O número e o tipo dos componentes varia conforme o modelo de aparelho que estava sendo fabricado. Por se tratar de componentes extremamente pequenos, alguns postos são considerados mais ‘difíceis’ porque exigem maior destreza para que o trabalhador consiga colocar o componente com rapidez, sem acumular aparelhos naquele posto e atrasar a a execução do trabalho. O termo usado para indicar o acúmulo de aparelhos em um posto é ‘embolhamento’:

Você cata a peça, coloca o componente e quando você vai colocar a peça, tá aqui já a outra peça... Então, você tem que pegar ela aqui e entregar ela ali, pegar aqui e entregar ali. Se você enrola nessa, quando eu vou ver a outra tá aqui! Uma peça que você coloca ali, já tem duas aqui para você fazer... Então, aí você embolha, não consegue colocar o componente (...) Então, eu começava a pegar a peça aqui (aponta mais adiante).

Dessa forma, Júlia tentava ser bem rápida e a consequência disto para ela era a assunção de postos de trabalhos mais penosos devido à minuciosidade de tarefas e ritmo acelerado:

Tinha um posto que embolhava bastante... Aí, eu peguei e sentei neste posto e ele começou a andar. A partir do momento que você sentou num posto e não embolhou, ou você foi melhor que as outras pessoas, aí você esquece. É ali que você ficar sempre, rodou aquela peça, aquele posto é seu. Imediatamente, é seu! O posto que dá produção para a empresa é o seu posto.

Marx (101) referiu-se ao trabalhador que executa apenas uma operação simples ao longo de sua vida inteira e tem seu corpo transformado em um órgão

²⁰ De acordo com Merlo (2007), a expansão da organização científica do trabalho no início do século XX foi acompanhada pela adoção dos conceitos e métodos desenvolvidos por Henry Ford no mesmo período. Assim, houve a intensificação da divisão do trabalho e da fragmentação das tarefas devido à integração entre os postos de trabalho proposta pelo fordismo. Por meio da instalação de dispositivos mecânicos, como a famosa esteira rolante, foi estabelecida uma cadência regular no trabalho e reduzido o tempo de transferência das peças entre os postos de trabalho.

automático unilateral dessa operação, que é realizada cada vez mais rapidamente. Ao contrário, um artesão, que executa todos os processos parciais da produção, realiza suas tarefas mais lentamente, porém a “passagem de uma operação para outra interrompe o fluxo de seu trabalho e forma, em certa medida, poros em sua jornada de trabalho” (p. 270).

De acordo com a entrevistada, havia mais mulheres do que homens na linha de produção da Suna. Isso é comum em trabalhos minuciosos como aqueles do ramo eletrônico, caso da montagem de celulares em que Júlia trabalhava. De acordo com Salim (92), essa divisão sexual do trabalho deve ser levada em conta quando se analisam os dados que apontam a maior prevalência LER/DORT entre os trabalhadores de alguns setores. Segundo o autor “o processo histórico de segregação ocupacional vem imputando à mulher, um conjunto diferenciado de tarefas específicas, ou seja, mais repetitivas e monótonas”.

O ritmo da esteira era determinado pela coordenadora, a partir do rendimento do melhor trabalhador de cada posto e a produção variava de 600 a 800 celulares por hora, dependendo do modelo. Baseado no tradicional estudo de tempos e métodos advindos do modelo de produção taylorista²¹, a imposição do ritmo também faz parte do controle disciplinar sobre os trabalhadores e determina o ‘modo operatório cientificamente estabelecido’ que deve ser seguido por todos os trabalhadores (106):

O ritmo da esteira quem determinava era a coordenadora. Então, ela cronometrava várias pessoas, e pelo desempenho destas pessoas.... é lógico que você ia correr, você tá fazendo uma peça, de repente vem um cronômetro na sua frente, você faz o quê? Se já tava rápido, vai ficar mais rápido ainda! Aí, é aquele tempo que você tem de fazer! Era um pouco de displicência da gente, mas na hora da pressão você não vê, você não para pra pensar. Só pára pra pensar depois que tá tudo balançado, tudo bagunçado. Aí sim, aí você pensa, mas quem provocou este frenesi todo era a gente.

²¹ A administração científica de Taylor priorizou a padronização dos tempos e métodos de trabalho, decompondo-o em parcelas simplificadas para que cada tarefa correspondesse a um posto de trabalho. Por meio de estrutura organizacional rígida e hierarquizada, poderia se garantir uma vigilância constante sobre os trabalhadores. As principais críticas ao taylorismo são a esse parcelamento do trabalho em atividades repetitivas, monótonas, que não permitiam o uso da inteligência e da criatividade do trabalhador (Merlo, 2007).

Parece que Júlia começou a refletir a respeito das 'saídas' que os trabalhadores poderiam adotar para minimizar o ritmo imposto pela empresa, conforme foi relembrando o que ocorria quando a coordenadora cronometrava o tempo de cada um. Baseado na teoria taylorista acerca a sistematização dos tempos e métodos, aquele operador que executasse a tarefa com maior eficácia, no menor tempo, seria o modelo a ser seguido pelos outros trabalhadores. Dessa forma, Júlia percebeu que eles poderiam 'controlar' o ritmo se tivessem percebido isso em tempo, para empregar um ritmo menos acelerado na presença do cronômetro.

Para minimizar os efeitos adversos de alguns tipos de trabalho, os trabalhadores podem recorrer a estratégias de defesa coletiva, como aquela citada por Robert Linhart (107). Dejours (106) relatou tal estratégia em que um grupo de trabalhadores conseguiu se organizar de forma que sempre um deles, em rodízio, podia parar de trabalhar durante alguns minutos. Essas estratégias, mesmo que não sejam tão eficazes, têm um caráter simbólico significativo para os trabalhadores porque podem representar uma forma de resistência.

No caso da linha de montagem em que Júlia trabalhava, o ritmo acelerado fazia com que as operadoras criassem formas de ajudarem umas às outras, estabelecendo uma relação de solidariedade para a realização do trabalho diário, embora sem nenhum traço de 'desobediência' como no caso referido acima:

Porque assim, você não olhava pra nada. Você entrava com um tampão e você ficava ali... Então, algumas vezes eu percebia que vinha alguma peça pra mim sem componente, da colega da frente. Eu falava assim: manda um componente seu pra mim? E ela mandava um punhado de componente. Aí, tava faltando o meu e tava faltando o dela, eu colocava o meu e o dela, rapidinho. Ou quando não tinha, eu colocava do lado, numa bandejinha e colocava o componente dela depois... era uma forma de todo mundo conseguir garantir o seu...

Júlia ficou cerca de 1 ano e meio na montagem, variando entre os postos de colocação de micro-componentes; no posto de verificação da tela do celular, em que ela pegava uma caixa do chão, colocava na esteira, retirava o plástico da telinha e verificava se havia algum risco ou sujeira para limpá-la ou descartá-la. Por ser bastante ágil também neste posto e conseguir recuperar várias peças, ela contou que foi ‘promovida’ para trabalhar num posto criado para a recuperação das telas de celulares: ela limpava e recuperava as telas ruins e, segundo ela, a empresa fez grande economia com isso porque não precisava mais enviar todas as telas de volta para a Coreia.

A contribuição de Júlia se deu de forma espontânea e representou um grande benefício econômico para a Suna. Por isso, a opinião de Júlia passou a ser valorizada pela empresa e ela era chamada com frequência para opinar a respeito de algo relevante para a produção. Tal estratégia faz parte do modelo japonês de produção ou toyotismo, em que se busca explorar, além da força física, o intelecto dos trabalhadores. Estes são ‘convidados’ a dar sugestões de melhorias do processo de trabalho. Entretanto, as únicas sugestões aceitas são aquelas que aumentam a produtividade e os lucros das empresas. Em pesquisa realizada acerca do toyotismo, em empresas da região de Campinas, Bernardo (108) afirmou:

As duas montadoras de automóveis utilizam um discurso de igualdade e valorização dos seus ‘colaboradores’ (...) Contudo, os trabalhadores experimentam uma realidade oposta ao que é dito. De acordo com eles, as empresas lhes impõem a ‘obrigação de participar’ na elaboração de propostas de melhoria da produção, enquanto dificultam a participação em questões que dizem respeito aos interesses dos trabalhadores, como é o caso das CIPAS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho) (p. 88).

O incentivo às sugestões elaboradas pelos trabalhadores também faz parte das estratégias que o capital utiliza para extrair sobretrabalho e aumentar a

extração de mais-valia. Desse modo, mobiliza-se a subjetividade operária em função dos interesses exclusivos do capital (109).

Júlia contou que quando não havia telas para serem recuperadas, ela ficava em um setor onde eram abertas as caixas de aparelhos que haviam sido devolvidos pela multinacional contratante devido a vários tipos de defeitos. Ela, então, deveria localizar o problema para tentar saná-lo. Considerava essa tarefa relativamente fácil porque tinha um vasto conhecimento acerca dos componentes dos aparelhos, uma vez que já havia passado por todos os postos da linha de montagem. Segundo ela, esse consistia em um serviço rápido e de ‘confiança’ porque os produtos já haviam sido devolvidos e não poderiam retornar com defeito novamente.

Depois da montagem, ficou mais 1 ano e meio no setor de qualidade, que consistia na verificação das peças antes que entrassem na linha de montagem:

Aí, lá era frenesi: corrido, corrido, corrido porque você tinha de inspecionar as peças antes de entrar na linha, então as coisas passavam por você primeiro, ficavam lotes e lotes e lotes e lotes...

Dejours (106) refere-se à ansiedade que permeia o trabalho na linha de montagem devido ao ritmo, à cadência e às metas de produção impostas. Segundo o autor, “esta ansiedade de que raramente se fala, participa do mesmo modo que a carga física do trabalho, ao esgotamento progressivo e ao desgaste dos trabalhadores” (p. 73).

De forma resumida, o processo de trabalho consistia nas seguintes etapas: setor de injeção, setor de pintura, qualidade, montagem, inspeção de saída e empresa contratante.

A jornada de trabalho era de 8 horas diárias, com 15 minutos de pausa e uma hora de almoço. O salário era de R\$ 940,00, o melhor salário que Júlia já havia recebido ao longo de sua vida profissional.

Com relação às condições de trabalho na Suna, Júlia admitiu que o ritmo acelerado e a pressão eram os principais agravantes:

Tirando o frenesi de lá e aquele assédio que tinha da empresa, as condições eram boas. Eles colocaram cadeiras pra gente, colocaram apoios de pé para melhorar a postura da gente lá, eles davam máscara pra gente utilizar, eles davam óculos quando a gente precisava, eles davam protetor auricular pra gente. Eles procuravam, de uma certa forma, preservar a gente... Só o frenesi é que matava!

De acordo com seu depoimento, havia outras pessoas com os mesmos problemas de saúde que ela e havia muitos comentários sobre o assunto. Júlia confessou que ela considerava as queixas de suas colegas um pouco exageradas:

Muita gente se queixava. Tinha gente que ficava com muita dor e ia pra fora. Às vezes, ia embora e o negócio ficava difícil pra gente (...) Eu achava que era um pouco de exagero, na verdade. Porque muita menina reclamava o tempo inteiro, era muita reclamação!

Júlia contou que os trabalhadores que ficavam afastados por LER/DORT retornavam ao trabalho em uma linha de trabalho à parte:

Quando dava algum problema nelas, elas iam no médico, abriam um CAT e ficavam um tempo em casa. Quando voltava, iam pra uma mesa, uma linha só das pessoas que tavam com lesão. Elas iam pra lá, e aí, coitadas, aí sofriam muito ali porque todo mundo falava... então, era muito assédio.

A busca por tratamento

Júlia procurou diversos serviços de saúde durante o tempo que trabalhou nessa empresa. Após o afastamento devido à conjuntivite, a segunda vez que ela procurou um serviço de saúde foi um pouco depois de sua efetivação, com cerca de 4 meses de trabalho. Ela relacionou esse episódio ao processo de sofrimento emocional gerado pela incerteza de sua permanência na empresa:

Meu corpo travou e eu fui pro hospital. Eu não era capaz de levantar o pé. Eu ficava em pé mas eu não dava passo, eu tinha que arrastar... o médico disse que era uma infecção. Eu sei que eu tomei 3 injeção no mesmo dia e vim pra casa e depois eu comecei a tomar Diclofenaco, mas por conta própria (...) Ele me deu atestado pra mim de 3 dias, mas eu nem levei. Se for colocar, eu tenho só uma falta na empresa.

Júlia permaneceu trabalhando e relatou que começou a apresentar inchaço e dormência nas pernas, em razão do excesso de horas na posição sentada. Devido às cadeiras pouco confortáveis, ela colocava um pedaço de papelão no encosto da cadeira para que sua coluna ficasse mais ereta e começou a se automedicar com grandes quantidades de anti-inflamatórios e analgésicos. Relatou que, por não possuir o ‘toquinho’ da coluna (em referência à última parte da coluna vertebral, o cóccixis), ela sentia um intenso formigamento na coluna e nas pernas, ao permanecer muito tempo sentada. Em relação à causa desse problema, ela disse que seu pai a jogou contra a parede quando ainda era pequena. Devido aos sintomas nas pernas, Júlia procurou o centro de saúde de sua região e iniciou um tratamento que ela denominou de ‘raspagem’ nas coxas, mas não soube explicar no que consistia. Para realizar esse tratamento, ela ia ao centro de saúde pela manhã para poder ir trabalhar à tarde.

O medo de ficar desempregado parece ser o principal motivo para que os trabalhadores evitem procurar os serviços de saúde e a busca por tratamento só acontece quando a dor fica insuportável, mesmo às custas do uso abusivo de medicamentos.

Lá tinha dispensa todo dia, era difícil o dia que não tinha dispensa. Ou era a hora que você chegava, ou era a hora que você ia embora (...) Eu vou continuar dando o melhor de mim no meu trabalho, só que é o seguinte: se eu ver que tá ruim, passado o serviço eu vou no médico, vou ver o que tá acontecendo comigo, vou cuidar de mim mais, sabe? Se precisar afastar, eu vou me afastar. Eu tinha medo de ir no médico e precisar ficar uma semana... por que quando eu tive conjuntivite, eu fiquei quase um mês... Aquilo me

matava por dentro, eu ficava em pânico! Então, eu morria de medo de ir no médico e eles me darem atestado!

O uso de medicamentos por conta própria mascarava os sintomas e Júlia continuava trabalhando exaustivamente. Utilizava, também, um preparado de arnica com álcool feito por sua mãe. Quando já trabalhava na empresa há 2 anos, lembrou-se que procurou o pronto-socorro por 2 ou 3 vezes. Em nenhuma das vezes, o seu problema de saúde foi investigado e nunca lhe perguntaram a respeito de seu trabalho. Ao contrário, relatou que sentia certa desconfiança por parte dos médicos para com ela:

(...) Acho que ele pensava que eu tava fazendo fita pra conseguir atestado, entendeu? Aí ele perguntou se eu precisava de atestado e eu falei: não! Nunca peguei atestado (...). Ir no médico às vezes é meio constrangedor, sabe? É uma coisa assim que você só vai quando você precisa muito e a pessoa te olha com ar de que não tá tão sério assim...

Na lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais e pronto-socorros são locais para atendimentos de urgência e emergência e realizam atendimentos baseados no que se costuma chamar 'queixa-conduta'. Tratam-se os sintomas para promover o seu alívio, sem a necessidade de investigar a causa e dar continuidade ao tratamento, que poderá ser realizado em outra unidade do sistema (centro de saúde ou unidade de referência). Entretanto, mesmo em uma consulta de urgência, é necessário que o médico escute e investigue minimamente as causas da enfermidade para ter condições de orientar o usuário do sistema em como proceder dali em diante.

Júlia procurava o pronto-socorro aos sábados a noite, com o intuito de poder descansar no domingo e estar recuperada na segunda-feira. Porém, em nenhuma das vezes recebeu qualquer tipo de esclarecimento ou orientação acerca de seu problema de saúde. Por fim, concluiu que a culpa podia ser dela e das pessoas que não sabem expressar muito bem o que estão sentindo aos médicos. Por outro lado, ela demonstrou entender como deveria ocorrer a investigação das causas das enfermidades pelos profissionais de saúde:

Eu compreendo, sabe? Às vezes, a gente pensa que é uma coisa que não é aquilo que você tá achando que é. Você fala os sintomas do seu jeito, você se expressa mal e o médico vai pelo que você se expressa. Ele vai saber o que você tem, de acordo com o que você fala... Por exemplo: se alguém chega e fala que tá com dor de barriga e diarreia. Se fosse comigo, eu ia perguntar: você comeu alguma coisa que te fez mal? Tem alguma coisa que você toma que você não poderia tomar?

Um pouco antes de sair da Suna, algumas colegas de trabalho que já haviam adoecido por LER/DORT perceberam o sofrimento e a queda de produtividade de Júlia e a incentivaram a procurar um médico:

Foram inclusive estas pessoas aí (da linha dos lesionados) que me fizeram procurar assistência antes de sair de lá. Porque, se eu comecei a 'embolhar', é porque não eu tava bem. Foram eles que me incentivaram.

Assim, ela marcou consulta com um ortopedista do convênio médico pago pela empresa. Contou que o médico ouviu suas queixas de dor no pescoço, ombros e polegar direito, mas não a examinou. Pediu, então, uma ultrassonografia²²(110) para investigar a enfermidade. Ela disse que o exame foi realizado em partes de seu corpo onde não sentia dor, como no cotovelo e punho. O resultado não apontou nenhuma alteração nessas regiões e ela decidiu não retornar ao ortopedista.

Após alguns dias, Júlia contou que foi demitida. Uma colega de trabalho a convidou, então, para ir ao médico do sindicato. Em consulta, foi examinada e o médico solicitou uma outra ultrassonografia, para os ombros. Ela contou que essa consulta foi muito diferente daquela realizada pelo ortopedista:

²² A ultrassonografia é uma técnica que utiliza ondas sonoras de alta frequência (2 a 5 MHz) emitidas por um aparelho que, ao encontrar obstáculos como estruturas de tecido mole (músculos, tendões e outras estruturas periaarticulares), retornam ao aparelho emissor e são recebidas por uma sonda que traça imagens visíveis no monitor. É um exame não-invasivo e de alta resolução. Tem-se mostrado útil na visualização de tendinopatias, epicondilites, cistos etc. Dessa forma, tem sido muito utilizada na investigação de LER/DORT, mas seus achados devem ser interpretados à luz das evidências clínicas para evitar diagnósticos errôneos (Maeno et al., 2001).

(...) Ele pegou e sentiu o inchaço todo, o do convênio não. Ele tava na mesa, lá do outro lado, e eu do lado de cá. Eu falei, ele pegou e escreveu! Então quer dizer, ele nem me viu! Se eu chegasse pra ele e falasse assim: “Ó, tô com um problema no fundo do meu olho”, ele dava um exame! Ele podia ter aberto, olhado realmente, o que é que tem, se tá vermelho, se não tá...

Nessa época, Júlia ainda mantinha o convênio médico porque aguardava uma possível reintegração à Suna. Como o resultado do segundo exame apontou alguns comprometimentos no ombro, ela decidiu marcar uma outra consulta com o ortopedista que já havia consultado. Devido ao inchaço em seu polegar direito, que persistia mesmo com o afastamento do trabalho, o médico optou por um engessamento que se estendeu da mão direita até a altura do cotovelo, durante cerca de 20 dias. Quando retornou para retirar o gesso, o médico não estava no consultório e Júlia foi atendida por outro ortopedista. Como Júlia não estava bem, relatando muita dor no braço direito, ele comentou que seu colega não deveria ter engessado o braço de Júlia porque essa conduta não é a mais apropriada para casos de tendinite. Júlia percebeu isso ao retirar o gesso:

Quando ele tirou o gesso, acho que eu nunca senti tanta dor na minha vida... Acho que eu posso ter uns dois três filhos que vai ser normal! Porque é muita dor, se você puxasse um fio de cabelo do dedo, acho que o braço caía no chão. E eu tinha vindo de ônibus... pra mim voltar, eu fui chorando. Sabe quando você fica assim? Eu não sabia nem em que rua que eu tava...

Nos dias seguintes, ela fez 10 sessões de fisioterapia indicadas por esse último médico, mas obteve pouca melhora com o tratamento.

Com a homologação de sua demissão, Júlia entrou em contato com o sindicato novamente e soube que a equipe do Cerest estava iniciando uma investigação a respeito de assédio moral por parte daquela multinacional fabricante dos celulares e das empresas contratadas por ela, inclusive a Suna. Ela recordou-se, nesse momento da entrevista, de sua demissão e de todo o sofrimento gerado por conta daquela situação:

Foi um momento muito difícil porque eles ficavam me lambendo na empresa (...) Me chamavam no RH pra pedir opinião sobre peça, o que eu achei disso aqui, o que eu achei daquilo outro. E, no fim das contas, na hora de dizer que eu não sirvo mais foi assim automático (...) Eu saí dois meses antes da empresa fechar, entendeu? Ficou pessoas lá que não faziam nada. Então, por que eu saí antes? Fiquei arrastando quase vinte dias... isto pra mim doeu muito, sabe? De ter me desdobrado e ter colocado a minha saúde em segundo plano, sabe? Se eu tava fazendo o serviço bem feito, eles elogiavam e então eu ficava contente, eu ficava feliz... a dor, eu deixava em segundo plano, entendeu?

No sindicato, Júlia passou por um acolhimento feito por uma terapeuta ocupacional do Cerest, em que foram dadas as principais orientações relativas à saúde do trabalhador. Em seguida, iniciou seu tratamento no Cerest, onde foi encaminhada para diversos tratamentos: fisioterapia e Grupo 'Consciência do Movimento'. A respeito dos tratamentos realizados no Cerest, Júlia fez os seguintes comentários:

Eles me ensinaram como mexer com o braço, adaptar a minha casa para não sofrer tanto como antes. Pra estender roupa, por exemplo, eu sofria muito pra estender roupa, varrer casa, lavar louça. Sofria muito porque não sabia como proceder, sabe? Além de tudo isso, o fato de que eu tava desempregada, com dor, desorienta a gente, sabe?

Quando questionada a respeito da satisfação com os tratamentos recebidos, Júlia analisou as condutas médicas anteriores em relação ao acompanhamento realizado pela médica do Cerest:

Eu fiquei com ela porque ela e o médico do sindicato eram melhores que o do convênio (...) Porque eu sofri muito com aquele ortopedista e, pra tratar da maneira que ele tratou, então não precisava (...) Você fala e ele simplesmente escreve. Não olha, não vê, sabe? Se é pra fazer o ultra-som, tem que sentir: se tá alto, se tá inchado, se tem uma pelota, por que eu sinto, tem uma bola aqui no cotovelo... O médico não olhou, simplesmente disse "Vamo colocá um gesso no braço dela!". Se ele tivesse visto como tava, ele nunca teria colocado o gesso.

Já tendo recebido o seguro-desemprego por 4 meses, Júlia disse que não gostaria de passar por perícia médica no INSS, quando terminasse de receber o seguro (apesar do encaminhamento feito pela médica do Cerest). Ela tomou essa decisão porque tinha conhecimento da dificuldade encontrada pelos segurados em conseguir o benefício previdenciário, principalmente no caso de desempregados.

Estava recebendo cerca de R\$ 500,00 de seguro, em vez dos R\$ 940,00 que recebia em seu último emprego. O salário de seu marido era de R\$ 500,00. Dessa forma, como já foi dito, Júlia havia retomado alguns trabalhos esporádicos com fotografia para complementar a renda familiar, mas precisou também iniciar trabalho como faxineira em residências.

Houve relativa melhora dos sintomas e de seus movimentos com o tratamento de fisioterapia individual e, após essa melhora inicial, começou a freqüentar o Grupo Consciência do Movimento. Ela conseguia planejar os dias de faxina de forma a deixar livres as tardes em que fosse fazer o tratamento. Entretanto, apesar do tratamento, houve agravamento do quadro clínico devido à sobrecarga gerada em seu corpo com as faxinas. Nesse momento, ela contou que precisou procurar atendimento em prontos-socorros, na busca de alívio para suas crises de dor. Tal situação revela que o período de tratamento (2 meses de fisioterapia e 1 mês de grupo) não havia sido suficiente para a compreensão do processo de adoecimento e da forma de cuidado para as LER/DORT, uma vez que os pronto-socorros não são os serviços de saúde mais preparados para o atendimento desses casos. É sabido que o processo terapêutico para o cuidado dessas enfermidades é longo, para que se dê a devida compreensão da problemática que envolve a dor crônica relacionada ao trabalho e a incorporação de novas atitudes frente à enfermidade. Além disso, a experiência com a Técnica Klauss Vianna foi muito curta para que ela pudesse avaliar alguns aspectos de sua experiência. A respeito da pequena vivência no grupo, ela comentou:

O grupo é muito, muito bom! Mas eu ainda tenho um pouco de dificuldade pra fazer o grupo, de fazer o movimento livre mesmo, sem ter alguma coisa pra você copiar, sabe? Eu tenho dificuldade, eu ainda tenho vergonha.

Júlia relatou que estava usando alguns medicamentos, como anti-inflamatórios e analgésicos, devido às dores causadas pelo trabalho de faxineira. Mas disse que prefere evitar o consumo exagerado de medicamentos:

Acho que eu tô me esforçando, acho que tô me esforçando muito, talvez (...) Aí, eu tomo Dorflex, né? E tomo Diclofenaco e Paracetamol quando tá assim, muito ruim mesmo, mas procuro não tomar muito medicamento não. Mais eu mexo quando tá doendo muito assim: eu mexo, procuro fazer uma massaginha.

Quando questionada acerca de quais tratamentos ela achava que deveriam ser ofertados às pessoas com enfermidades semelhantes à sua, a resposta pareceu bastante influenciada por sua experiência passada, do trabalho na clínica de práticas integrativas:

Eu acho que precisa oferecer medicamento pra relaxar, pelo menos na hora de dormir. Porque é difícil você dormir com muita dor, né? (...) Você quer dormir, quer descansar um pouquinho e você deita numa cama. Quando você relaxa o corpo, parece que desmonta tudo, aí dói tudo e você não consegue dormir... e quanto mais tenso você fica parece que piora, a dor aumenta (...) E também ter um lugar que eles fizessem uma massagem, sabe? E ter uns medicamentos a base de fitoterápico pra você tomar... Ah, e acupuntura! E acho que auriculo (terapia)! Uma terapia alternativa ajuda bastante eu acho... Só injeção, só injeção, não!

O papel da rede social

Júlia disse que não recebe apoio de seus familiares com relação à sua enfermidade. Ao longo da entrevista, ela falou que Mauro, seu marido, tem alguma limitação cognitiva, mas não há nenhum diagnóstico médico e ele também não faz

nenhum tipo de tratamento para isso. Ela disse que Mauro se comporta como uma criança, que necessita de cuidados e atenção. Apesar disso, ela referiu que ele realiza algumas atividades domésticas esporadicamente. Seus outros familiares são a mãe, que já é idosa, e dois irmãos casados, cujos compromissos familiares os impedem de ajudá-la:

O Mauro, ele lava a louça, ele faz o café... É que ele trabalha também, ele fica cansado, mas ele procura, do jeito dele, dar uma forcinha, mas não é sempre não. Não é sempre que ele tá disposto (...) Minha família não me ajuda, quer que eu ajude eles! (risos) Eles tão envolvidos com as coisas deles lá, né? Têm filhos e eu não tenho filho, né? Então, eles tão sempre com mais coisa pra fazer que eu.

Relação sindical

Júlia sindicalizou-se quando alguns dirigentes sindicais foram até a Suna, mas não mantinha relação alguma com o sindicato. Nunca aderiu às greves e confessou que não entendia quando os dirigentes sindicais falavam de LER/DORT:

Esse negócio de LER/DORT, eu não tinha nenhum tipo de informação porque era a primeira empresa que eu entrei que tava acontecendo isso. Eu pensava: se eu trabalho, dói. Mas parou, vai parar... você vai descansar um pouco, então vai parar de doer, entendeu? Eu não achava que esse negócio de LER era assim: você ia, pegava e você tinha que carregar isso, como se fosse um fardo...

Quanto às ações do sindicato para melhorar as condições de trabalho, Júlia respondeu:

Eles dão o apoio geral pra gente, né? Dentro do possível que eles podem, né? A gente que muitas vezes não escuta, eles falam, falam... Porque comigo foi assim: eles falaram, falaram, mas eu não entendi nada. Depois, quando já tinha caído o braço que eu 'Opa! Agora tá ruim!'

Como será o futuro?

Acerca das mudanças em sua vida a partir da experiência com a dor crônica, Júlia revelou um misto de ansiedade com relação ao processo movido pelo sindicato e trabalhadores contra a Suna e falta de esperança com relação à sua recuperação devido à escassez de trabalhos que ela poderia realizar com sua condição de saúde atual:

Por causa do desemprego, eu tô muito tensa. De todo este trabalho, este processo (contra a empresa), eu não sei em que pé que tá isso aí. Então, você fica um pouco tensa. É uma expectativa, às vezes você perde a esperança de melhorar. Sabe, você precisa trabalhar, não tem como você ficar parado em casa, você tem que procurar um emprego. Mas nem sempre você encontra um que você possa fazer, só encontra coisa pesada. E você precisa ter o dinheiro, você precisa se sustentar. Então, não tem alternativa: ou você pega ou você pega! Então, mudou tudo... Mas eu vou procurar uma forma de trabalhar, um trabalho mais leve, pra ver se eu consigo melhorar. Porque tudo envolve a dor, tudo pra mim é dor...

A respeito dos sonhos relativos ao seu futuro profissional, Júlia disse que tem se esforçado para juntar dinheiro e poder comprar todos os equipamentos necessários para voltar a trabalhar com fotografia. Ao falar, ela ajeitou a postura e a alegria tomou conta de sua voz:

A minha máquina, eu comprei, ela custa três e seiscentos. Aí, eu paguei um pouco mais barato que era uma usada. Então, eu preciso é comprar todos os equipamentos, né? Aí, eu pretendo trabalhar com fotografia... fazer trabalho de design, fazer trabalho com Photoshop, pegar trabalhos de fora pra fazer em casa, né? Eu estou pretendendo fazer isto: montar um laboratório em casa pra retrabalhar fotos de outros fotógrafos que não tem recursos. Eu quero ver se eu faço um cursinho pra melhorar, aí eu não vou precisar trabalhar num serviço pesado. Ficar ganhando meu dinheiro mas ali mesmo. Fazer o meu tempo, sabe?! Aí, o Mauro vai sustentar a casa e eu vou só auxiliar ele, né? Que antes não, antes eu ficava na frente e ele só me auxiliava. Agora não! Ele é que vai ficar na frente, eu é que vou ficar auxiliando ele. Agora é a minha vez de ficar atrás!

Mudança de curso...

Após 3 encontros no Grupo Consciência do Movimento, Júlia interrompeu o tratamento porque decidiu pedir demissão das residências em que fazia faxinas. Em um telefonema para o Cerest, ela contou que havia conseguido emprego como camareira em um motel da cidade e estava bastante animada porque considerava essa função, mais leve do que a anterior. Isso a impediu de dar continuidade ao tratamento, pela dificuldade de dispensa do trabalho para freqüentar o grupo.

IV. 2. Caso Marcos

Marcos tem 46 anos e mora em Campinas. Está casado com Sílvia e eles têm dois filhos: um menino de 12 anos e uma menina de 7 anos.

Marcos é metalúrgico e trabalha há 22 anos na mesma empresa, cujo nome fictício para os fins dessa pesquisa é Turti. À época das entrevistas, ele estava afastado do trabalho pelo INSS há cerca de 1 mês. Estava sendo acompanhado no Cerest desde março de 2011, devido ao diagnóstico de tendinite de ombro esquerdo (músculo supra-espinhoso) e cervicodorsalgia por LER (Lesões por Esforços Repetitivos).

Pra começo de conversa...

Ao chegar para a primeira entrevista e, apesar de já conhecer a pesquisadora devido ao tratamento de fisioterapia iniciado há duas semanas, Marcos estava um pouco nervoso e pediu um copo d'água. Entretanto, seu nervosismo foi se dissipando conforme foram feitos os ajustes do gravador.

Marcos nasceu no município de Fernandes Torinho, Minas Gerais, há 46 anos. Nessa época, sua família morava em um sítio, na zona rural. Quando Marcos já completara 19 anos, a família decidiu mudar-se para Sobrália, um outro município na mesma região de Minas Gerais. Aos 22 anos, Marcos mudou-se sozinho para São Paulo em busca de melhores oportunidades de emprego. De

acordo com Menezes (111), houve mudanças no padrão de migração no Brasil ao longo das últimas décadas. Atualmente, há o predomínio das chamadas 'migrações de curta distância', em sua maioria intra-regionais; da 'migração de retorno', como a que ocorre entre os aposentados e da 'migração solitária', que inclui o caso dos migrantes de rua e dos albergados.

Marcos residiu na capital de São Paulo por 18 anos, período no qual casou-se e teve dois filhos. Além de trabalhar, Marcos pôde iniciar um curso superior de Administração de Empresas em 2002.

No ano de 2004, ele mudou-se para Campinas com sua família devido a uma transferência proposta pela Turti e precisou interromper o curso superior. Só conseguiu retomar os estudos em 2006 e concluiu sua formação superior em 2009.

É de religião católica, mas disse que freqüenta a igreja esporadicamente.

Vida e trabalho

Marcos começou a trabalhar na lavoura aos 7 anos de idade, no sítio onde sua família morava. Eles cultivavam milho, arroz, feijão, café e cana-de-açúcar, além de frutas e hortaliças para subsistência. Mesmo trabalhando na lavoura, Marcos freqüentava a escola da pequena cidade e concluiu os níveis fundamental e médio de ensino.

A utilização de mão-de-obra infantil permanece um problema sério no Brasil, seja pelas famílias que estimulam o início precoce da vida de trabalho com o objetivo de aumentar a renda a familiar, seja pelas empresas que vêem na exploração do trabalho infantil uma maneira de aumentar seus lucros. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 4 milhões de brasileiros com idade entre 5 e 17 anos trabalham e 30% destes cumprem jornadas semanais superiores a 40 horas (112).

Marcos contou que trabalhou na agricultura até os 22 anos, quando se mudou São Paulo. De acordo com Alves (113) as políticas de urbanização

desenvolveram-se entre 1950 e 1985 e resultaram em elevadas taxas de crescimento dos centros urbanos. Marcos migrou para São Paulo no final da década de 80:

Eu comecei com 7 anos, na roça, como agricultor né? Onde eu trabalhei até os 22 anos. Aí, após os 22 anos, eu decidi migrar pra cidade grande e vim pra São Paulo.

Ao chegar na cidade de São Paulo, Marcos arranhou emprego em uma empresa metalúrgica, no setor de usinagem, onde trabalhou durante 2 anos. Ele relembrou os esforços físicos exigidos pela função que exercia nesse setor, por conta da falta dos equipamentos que hoje existem para auxiliar a execução do trabalho:

Tinha que movimentar aquelas peças de ferro. Então, vinha aquelas caixas e você tinha que introduzir, tirar, colocar no pallet. Não existia carrinho pra por na esteira neste tempo, né? Porque hoje você movimenta tudo na base da esteira, né? É, alguma partes ainda existe o manual por incoerência da nossa segurança do trabalho. Ainda existe muito, mas antes não existia nada que auxiliasse você, você tinha que pegar na mão mesmo.

Inicialmente, Marcos trabalhou no turno da noite e, depois, mudou para o primeiro turno. Porém, logo que começou no novo horário, ele pediu demissão para ir trabalhar em outra metalúrgica, de maior porte: a Turti²³.

Eu iniciei à noite, das 9 da noite às 6 da manhã, foi 2 anos nesse período. Depois, eu comecei a trabalhar das 7 às 5, eu trabalhei nove meses. Aí, resolvi mudar de empresa e foi daí que eu migrei pra empresa que eu estou até hoje.

A Turti, empresa em que Marcos trabalha há 22 anos, é uma multinacional alemã que produz autopeças e produtos eletrônicos. Ele trabalhou no setor de

²³ Turti foi o nome fictício escolhido nesta pesquisa para a empresa em que Marcos trabalhou durante a maior parte de sua vida profissional, até o momento da entrevista.

usinagem durante 9 anos, mas foi demitido por conta de uma crise na empresa que fez diminuir a produção:

Eu iniciei como operador de produção e já passei a operador especializado em usinagem, né? E lá eu operava tornos automáticos na parte de usinagem. Foi um período de nove anos. Aí, depois eu fui dispensado, né? Deu uma crise e me mandaram embora em noventa e nove (...) Aí, passou oito meses e me chamaram de volta. Mas daí eu retornei pra um setor diferente, que é o setor de montagem. Eu trabalho lá até hoje.

No tempo em que ficou desempregado, Marcos pôde acompanhar a construção de sua casa e o nascimento de seu filho. Apesar de não ter verbalizado algum constrangimento pela situação de estar em casa, seu depoimento deixou implícito, por meio de risos e expressões verbais, um certo desconforto por não estar trabalhando naquele período:

Nos 8 meses, eu tava construindo, então eu fiquei acompanhando o pedreiro lá na obra. E minha esposa tava grávida, nasceu, foi tudo mesmo... (riso), uma experiência nova, né? Ficar à toa em casa e acompanhar o nascimento do primeiro filho... (riso)

No setor de montagem, Marcos trabalhou em diversos postos de trabalho. Em 2004, a Turti lhe propôs uma transferência para a fábrica de Campinas e um cargo de supervisão, caso aceitasse a proposta. Marcos, então, interrompeu seu curso superior e mudou-se com a família. Após cerca de 1 ano e meio, ele disse que o tiraram do cargo devido à sua proximidade com os operários. Disse que isso também pode ter ocorrido por influência de um outro supervisor, superior a ele, mas menos qualificado. Marcos acha que ele pode ter sugerido a sua saída do cargo:

É por isso que eu não me encaixei no perfil deles. Eu trabalhava do lado dos operadores, não do lado deles (da empresa) (...) Eu trabalhei um ano e meio assim e logo veio alguém e falou: 'Este cara não serve pra trabalhar com nós' (risos). Ou então, pelo contrário: 'Ele

vai tomar o meu lugar, né?'. Que, até então, eu tava fazendo faculdade e esta pessoa tinha apenas o primário.

Ao retornar para a função de operador, ele contou que não ficava sempre em um mesmo posto de trabalho porque havia um sistema de rodízio de tarefas na Turti²⁴. Marcos relatou que esse sistema evitava um mesmo tipo de esforço ao longo do dia. Além disso, ele disse que a quantidade de trabalhadores era suficiente para um melhor manejo das situações em que a produção e o ritmo aumentavam. Ele disse que procurava se 'proteger', comunicando aos chefes quando havia a necessidade de mais apoio para a realização do trabalho:

Eu tenho uma visão ampla do que acontece no setor. Então, eu já me precavia antes, eu antecipava as coisas, pedia apoio antes. Tinha alguém pra dar apoio paralelo, porque antes tinham dois preparadores, dois supervisores. Hoje, não.

Em seguida, Marcos fez alguns comentários a respeito das mudanças organizacionais implementadas pela Turti nos últimos anos. Ele citou também a diminuição maciça do quadro de funcionários e o paradoxal aumento da produção, com suas repercussões no cotidiano dos trabalhadores:

Existia uma autonomia de pedir mais ajuda, a gente tinha um apoio maior, e como a empresa hoje tá enxugando a pirâmide de cima pra baixo, a responsabilidade tá caindo sobre o que estão embaixo. Porque antes existia um diretor, quatro ou cinco gerentes, cinco ou seis encarregados, sete ou oito supervisores. Hoje, colocou um diretor, dois gerentes, um encarregado de produção e um supervisor pra supervisionar uma área muito grande. Aí, o que ele faz? Ele distribui a tarefa e a responsabilidade fica no próprio operador porque ele não tá ali pra dar o apoio.

E cada dia eles vão enxugando o quadro, é uma questão operacional: se existia 30 operadores no setor, hoje só tem 18 (...) E a produção aumentou. Eu cito que, em 2004,

²⁴ Marcos relatou que esse rodízio de tarefas constava em um acordo celebrado entre trabalhadores e empresa. Em consulta ao departamento de saúde do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região a respeito de alguma recomendação para alternância de tarefas na Convenção Coletiva da categoria, a informação fornecida confirmou que a Turti propõe o rodízio de tarefas em alguns setores, o que deve estar documentado em normas internas da empresa, às quais não foi possível o acesso.

era de 250 peça por hora, hoje ela é de 550 peça por hora (...) Além de pegar a peça, olhar e pôr na caixa, eu tinha ainda esse desvio (de função). Porque eu tinha que cuidar da embalagem, pedir a embalagem, fechar a embalagem e ainda despachar pra expedição.

De acordo com Lopes (109) a dupla dominação que o capital mantém sobre o trabalho se faz por meio da propriedade dos meios de produção e dos meios de controle do processo produtivo. Assim, o autor ressalta que a “eficiência capitalista” se materializa pelas constantes atualizações dos processos técnicos de produção e de organização social do trabalho.

Os relatos de Marcos também evidenciaram uma superutilização dos trabalhadores pela Turti, com o estímulo à figura do operário polivalente. Ao contrário da superespecialização pregada pelo modelo taylorista-fordista, o trabalhador contemporâneo é estimulado a ser ‘flexível’ para assumir diversas funções e, além do trabalho manual que continua existindo, precisa ter competência para lidar com as máquinas modernas, consertá-las, identificar falhas no processo de trabalho e tentar solucioná-las, dar sugestões que incrementem a produção e aumentem o lucro das empresas. Segundo Merlo (114), o uso do operador polivalente, o trabalho em células e a rotatividade, com vistas ao aumento da produção, são características do modelo japonês de produção. Além disso, há um enxugamento de níveis hierárquicos, para que os próprios trabalhadores exerçam o controle entre eles:

Nas células de produção, características do toyotismo, a polivalência e a rotatividade de operações são formas de garantir a continuidade e o ritmo da produção diante das ausências, das pausas e das dificuldades (...). As rígidas formas de controle, típicas do modelo taylorista-fordista, aparecem transformadas em lideranças motivadoras, num ambiente em que o próprio grupo exerce pressão sobre os indivíduos (p. 66).

Os depoimentos de Marcos coincidem com a lógica da reestruturação produtiva, que ganhou força a partir da década de 90 e caracteriza-se por englobar “um novo padrão tecnológico, mudanças organizacionais, novos valores e práticas de gestão, novo perfil do trabalhador etc – e suas imbricações com o processo de saúde do trabalhador em estruturas capitalistas” (92).

Por trabalhar na Turti há 22 anos, Marcos conseguiu refletir e relatar a respeito das mudanças que foram acontecendo ao longo dos anos porque sentiu as transformações em seu próprio trabalho. Ele considerou que as alterações na hierarquia da empresa e a redução de trabalhadores começaram a ocorrer mais intensamente há cerca de 5 ou 6 anos atrás.

O enxugamento do proletariado fabril tem forte relação com o período de reestruturação produtiva, decorrente de uma das crises do capitalismo que se iniciou nos anos 70. De acordo com Antunes (102) houve uma redução de 240 mil para 100 mil operários na região do ABC Paulista desde a década de 80 até o ano de 2005. Em Campinas, que também é uma importante área metalúrgica, o número de trabalhadores diminuiu de 70 para menos de 40 mil, no mesmo período.

Marcos, entretanto, relatou um agravamento da situação, a partir da crise econômica entre os anos de 2008 e 2009²⁵. Nesse período, Marcos lembrou que a Turti demitiu uma grande quantidade de funcionários, com a piora das condições de trabalho para os trabalhadores que permaneceram na empresa. Dessa forma, seu trabalho também sofreu fortes mudanças porque havia menos operários em seu posto de trabalho e não havia mais a possibilidade de alternar as funções, como era feito anteriormente. As chefias começaram a escolher os trabalhadores que mais produziam em determinada função para fixá-los em um único posto de trabalho:

Porque até então, eu alternava de posto, não trabalhava só naquele lugar. E a partir dessa crise, que eu fui trabalhar de manhã, eu fiquei só em um lugar só. Eu me destaquei,

²⁵ De acordo com o economista Marcio Pochmann (2009), com a crise econômica internacional a partir de 2008, houve uma queda na expansão do Produto Interno Bruto (PIB) por dois trimestres, a partir de outubro de 2008. Segundo o autor, isso se deu prioritariamente pelo comportamento do setor industrial, com conseqüente aumento do desemprego, crescimento dos postos de trabalho informais e da rotatividade nos empregos assalariados formais.

eu resolvi o problema deles ali, então eles me amarraram eu ali. E foi aí que eu comecei a adquirir (a enfermidade) porque eu movimentava muito o braço esquerdo (...) Era 4 pessoas pra fazer isso: tinha uma antes pra fazer o visual e pintar e mais dois pra fazer o outro visual e tinha uma pessoa só pra pôr na embalagem. E hoje não. Hoje, é duas pessoas pra fazer isto tudo, né? Então aí: 500, 450 peças por hora!

Marcos afirmou que houve um declínio da produção no ano de 2009, período em que se intensificaram as demissões e, por isso, um dos turnos de trabalho foi extinto e a Turti propôs férias coletivas. Entretanto, a produção não demorou a crescer novamente, o que não foi acompanhado pela reposição dos trabalhadores que haviam sido demitidos. A partir de então, a quantidade de trabalho aumentou muito:

Eu mesmo peguei dois meses de férias. Aí, quando eu retornei, eles falaram pra eu trabalhar das 6 às 14 horas. E aí, logo em seguida, menos de oito meses, a produção aumentou. Não tinha mão-de-obra e aqueles que ficaram, tinham que produzir. Aí, o que também eles fizeram: mandaram o segundo turno pro terceiro turno. O primeiro turno entrava às seis e ia até às cinco da tarde. E, às seis e meia entrava o segundo (corrige-se), terceiro turno e ia até às seis da manhã.

No início de 2010, Marcos relatou que começou a apresentar um certo desconforto no braço esquerdo. Mesmo com o agravamento dos sintomas e tendo procurado diversos serviços de saúde, ele trabalhou por mais 1 ano, até que foi afastado para realizar tratamento.

O significado do trabalho

Marcos relacionou o trabalho a um meio de garantir a sobrevivência, o que converge com as representações sociais acerca do trabalho para as classes trabalhadoras (104). Além da importância do dinheiro para a aquisição de bens e para a sobrevivência, Marcos se referiu ao trabalho como parte essencial na constituição do papel social dos seres humanos. Ele afirmou que nós não

existimos apenas porque estamos no mundo, nós existimos porque o trabalho nos constitui:

Eu sempre considerei (o trabalho) como uma seqüência da existência da gente, né? Você existe, você tem que exercer alguma coisa, entendeu? (...) Então, você tem que trabalhar hoje pra você colher o fruto amanhã. E eu tenho uma experiência de vida que eu considero o trabalho como uma obrigação da gente, que a gente não existe simplesmente por estar aqui, né? Eles falam sempre do capitalismo, mas a pura verdade é essa: que você está aqui pra buscar alguma coisa em prol de um capital, né? A sua sobrevivência é ter o capital também!

Em uma pesquisa acerca das histórias de vida de trabalhadoras com LER/DORT (60), os autores observaram que o trabalho, além de exercer papel central e organizador de suas vidas, conferia-lhes certo *status*. Ao contrário, as experiências de afastamentos do trabalho eram sentidas como falha, fracasso e exclusão.

De acordo com a teoria marxista, “o capital é relação social, relação de exploração dos operários pelos capitalistas” (101) (p. 37). Ainda segundo essa teoria, o operário vende a sua força de trabalho ao capitalista, em troca do salário. O trabalho é, então, o uso da força de trabalho (aptidões físicas e intelectuais) no processo produtivo.

É interessante que o depoimento de Marcos, embora se remeta ao capitalismo e ao capital, revela um outro sentido que ele confere a tais termos. Ele considera que o capital é o dinheiro que ele busca alcançar por meio do salário, para a sua sobrevivência.

Trabalho e saúde

Quando questionado a respeito da interferência do trabalho na saúde das pessoas, Marcos disse que isso depende da maneira como o trabalho é executado, responsabilizando o trabalhador por tal forma de condução do trabalho:

O trabalho interfere sim, desde que ele não é executado da maneira adequada, né? Eu sempre vi isso e eu sempre me precavi (...) E como se trata de um país capitalista, os donos das empresas não olham isso. Quem tem que olhar é sempre a gente, os operários. Eles simplesmente querem os resultados! (risos)

Marcos foi convidado, então, a citar quais problemas de saúde já havia tido e, ao longo do seu discurso, ele foi apontando as prováveis causas destas enfermidades. Lembrou-se de uma 'gastrite nervosa' que foi desencadeada pela mudança da cidade pequena, em Minas Gerais, para a capital de São Paulo:

Quando eu cheguei na cidade, eu adquiri a úlcera, gastrite (...) Porque eu saí de um lugar pacato, pequeno, onde eu vivia no meio da família e vim viver praticamente sozinho na cidade. Aí, vem a pressão psicológica do trabalho, a pressão da maneira de se mover na cidade, né? Trabalhava muito longe de casa e eu fui morar sozinho. Então, tudo isso aí muda. Às vezes, eu já tinha a tendência de desencadear isso...

Em seguida, mencionou um problema respiratório atribuído por ele ao uso de produtos químicos presentes nos processos de trabalho das duas empresas metalúrgicas. Segundo ele, o uso contínuo o fez acostumar-se com o cheiro dos produtos e nunca procurou serviços de saúde por conta disso:

E depois foi a sinusite por causa da exposição a produto químico. Que a gente não tinha este convívio e passando por várias empresas, você começa a ter o contato. E daí, você adquire aquela alergia àqueles produtos. Eu trabalhava com óleo de corte, óleo solúvel, querosene, tiner, solvente, né?

Por fim, falou de uma hérnia inguinal que ele relacionou ao excesso de peso que carregava na primeira empresa metalúrgica que trabalhou ao chegar em São Paulo. Por conta disso, foi submetido a uma cirurgia de correção. Marcos fez uma comparação do trabalho na empresa ao trabalho exercido na lavoura, que também incluía o levantamento de cargas:

Tive um problema de uma hérnia, né? Que estourou uma hérnia na virilha e foi lá que ocorreu. Dentro de seis meses, tive de fazer a cirurgia! (...) Porque lá (na roça), você pegava um volume grande, aqui você ia pegar um volume pequeno que, às vezes, era dez vezes mais pesado que o volume grande que a gente pegava na roça.

Ele foi questionado, então, acerca da influência do trabalho na própria saúde. Ao responder essa pergunta, ele novamente relatou a responsabilização individual do trabalhador:

Se a gente trabalhar adequadamente, nos horários que é determinado, que a gente tem a capacidade de trabalhar, ele não interfere. À partir do momento que você começa a avançar aquele limite, ele começa a interferir na sua saúde e posteriormente traz as consequências.

O discurso de gestão empresarial transmite a impressão de que as horas de trabalho que ultrapassam a jornada de trabalho semanal são realizadas por livre escolha dos trabalhadores que se dispõem a isso. No entanto, se não houver uma quantidade de trabalhadores suficiente para que as horas-extras sejam executadas conforme as necessidades dos empregadores, os funcionários são obrigados a trabalhar além da jornada de trabalho formal.

A gente tem que trabalhar das 6 da manhã às 14 horas (...) mas sempre eu puxei mais. Eu ia até às 16:30 ou 18:00. No final de semana, deveria estar em casa, mas eu ia lá trabalhar das 7 às 5 da tarde, sábado, domingo. Isto quando eu era solteiro, né? Depois que a gente começa a construir a família, você começa a ver que você tem que dar uma atenção (...) Eu sempre busquei isso pra mim, então eu acho que isso foi o que me ajudou muito pra agüentar, até agora... (riso)

Nesse momento da entrevista, Marcos foi solicitado a explicar melhor o que ocorreu a partir de quando ele passou 'a não agüentar mais' e ele fez algumas referências ao trabalho como possível causador da enfermidade atual:

Foi o envolvimento com a situação no setor que eu enxergo como uma falta de apoio, né? Da parte administrativa. E aí, sobrecarrega para o pessoal do chão de fábrica (...) e foi o que aconteceu: eu passei a movimentar mais e a produção exigia mais da gente. A gente tinha que movimentar lote de peça de um lugar pro outro, tirar do setor, etiquetar, guiar, e e levar até a expedição. Tinha um caminhão esperando lá e como eu não tinha a habilitação pra operar uma máquina elétrica, eu tinha que fazer isso numa paleteira manual (...) Então, foi tudo que desencadeou este desgaste (riso)... Que eu considero um desgaste, que a gente forçou muito, né?

O setor da Turti em que Marcos trabalha é chamado S-113. Trata-se do setor onde são montados os motores de ventilação interna para automóveis, destinados ao mercado nacional e à exportação para a Alemanha. A linha de montagem tem cerca de 20 metros de comprimento, em forma de U e aglutina postos manuais e automáticos. Ele lembra que, antigamente, eram apenas postos manuais com cerca de 16 operadores. Hoje, devido à automatização e à redução do quadro operacional, há cerca de 8 a 9 operadores, dependendo do tipo de motor que está sendo montado. A utilização de robôs e máquinas modernas nas grandes empresas poderia ter contribuído para facilitar o trabalho e amenizar os esforços por parte dos operários, mas isso nem sempre condiz com a realidade. De acordo com Abramides e Cabral (115) “as inovações tecnológicas, a microeletrônica, a robótica e a automação presente na atual fase de reprodução do capital no plano internacional e nacional ampliam as doenças relativas ao trabalho, como as LER/DORT”.

Marcos relatou que há 200 tipos de motores diferentes e, para cada tipo de produto, há uma sequência de componentes diferente que deverá ser colocada nos motores. O ritmo de trabalho é acelerado, imposto pela linha de montagem e a produção fica em torno de 450 produtos por hora:

O ritmo é a todo vapor, né?! A pressão é enorme, toda hora você tá trabalhando e tem uma pessoa ali pra ver se tá indo ou não. Então, você trabalha num sistema de linha e nunca pode ter mais de 3 carrinhos onde você está (riso). Então, se parou mais de 3, 4, 5, já vem o supervisor, já vem o preparador. O encarregado passa e vê aquilo e já chama o

cara 'Ó! Tá parado!' Eles tratam isso de gargalo, né? Onde acumula carrinho, então isso é um gargalo. E eles não conseguem fazer a produção diária, né? Então, se começa a atrasar naqueles postos, não vai sair as 450 (peças).

Por trabalhar no setor de montagem há mais de uma década, Marcos afirma que a produção dobrou ao longo desse período, o que é justificado pelo aumento das vendas de automóveis. E recordou-se do aumento de produção ocorrido desde que foi transferido para Campinas, há 7 anos, que foi acompanhado de uma paradoxal redução do número de trabalhadores:

Então, a explicação tá aí: o volume de carro vendido a cada ano vem batendo recorde a cada ano. Então, lá também: cada ano vem batendo recorde (...) Em 2004, quando viemos de São Paulo, a linha produzia 320 motores por hora. Aqui, ela está produzindo pra transformar em 500 peças por hora. Ainda está em 425, 450 peças por hora (...) E a cada dia, tá diminuindo o pessoal. Então, nesse setor que eu trabalho, estamos trabalhando com 17, 18 pessoas. Antigamente, a gente trabalhava com 36.

Marcos conhece bem todos os postos de trabalho desta linha de montagem porque já trabalhou em todos, além de já haver ocupado um cargo de liderança. O conhecimento de diversas funções foi possível porque, conforme ele já havia dito, existia uma maior possibilidade de rodízio de tarefas, o que se modificou devido à redução do número de funcionários.

A rotação entre postos de trabalho é controversa porque muitas empresas adotam uma alternância empírica entre os postos, que não leva em conta uma real mudança na atividade que o trabalhador irá realizar. Segundo Ribeiro et al.(116) para que o rodízio de tarefas seja eficaz há que se considerar alguns fatores como: posturas corporais envolvidas, nível de carga física e mental, produtividade, conhecimento pessoal de cada tarefa, treinamentos oferecidos aos trabalhadores. Além disso, devem ser feitas reavaliações dos sistemas de rodízio, com a participação dos trabalhadores. Perguntei a ele, o que achava dessa alternância de tarefas, do ponto de vista da saúde dos trabalhadores, ao que ele respondeu:

É o ideal, é o que está no documento deles lá: que exista uma rotatividade dos operadores. Eles tratam isso de ' revezamento': os operadores vão trabalhar duas horas no posto, eles não voltam mais naquele posto naquele dia. Eles passam pra outro, depois eles passam pra outro. Isso está na matriz de trabalho deles, mas na prática não funciona assim, entendeu?(...) O sindicato lá, a CIPA, eles não enxergam isso. Eles fazem vista grossa. Porque se eu reclamo com ele, ele vai falar com o supervisor, aí o supervisor vai lá e conversa com ele 'Eu não tenho outro operador que faz o que ele faz, eu tenho que dar número! Pra mim, é número. Então, ele é o cara pra ficar ali, eu não tenho outra pessoa pra fazer isso!'

Ao pedido para descrever suas atividades de trabalho, ele disse que, nos últimos dois anos, estava trabalhando no último posto da linha de montagem, fazendo a verificação, embalagem e despacho do produto acabado:

Vou contar onde eu comecei a sentir essas dores aqui. Eu trabalhava na linha, pegava a ponta dela, verificava o motor (de 800g a 1,5Kg), verificava se tinha algum componente solto, com a mão esquerda. Aí, você identifica ele e vira, passa pra mão direita e coloca ele numa embalagem, numa caixa de papelão. E fecha a embalagem, e manda pra outros setores. Quando vai direto pro cliente, a gente manda pra expedição, aí tem que puxar com a ponteira, e colocar na saída pra ir pra empilhadeira e levar pra expedição. Agora, quando vai pra outra operação, que é o setor de acabamento, a gente tem que deixar pro lado ou então, levar, procurar um espaço vazio pra acumular lá no outro setor.

Ele explica que essa atividade era realizada por 4 pessoas anteriormente, mas após o período de crise econômica, havia somente ele e mais uma operadora nesse posto de trabalho, sendo que os dois faziam as mesmas operações. Passado o período de crise, a produção dobrou e manteve-se a metade do número de operadores no local. Por trabalhar com uma mulher e não haver outro funcionário disponível para executar tal função, ele fazia o trabalho extra de colocar as caixas de papelão nos *pallets* e destiná-las ao setor seguinte ou à expedição:

Então, dos motores menores vai 624 (em cada caixa de papelão). Tem um assim que vai 590 porque é maior. E tem os outros ainda maior, que vai 384 (...) Você vai com a paleteira por baixo, uma manual. Que eu não tenho habilitação pra operar a elétrica, então eu não podia mexer com essa. E não tem uma pessoa disponível ali pra fazer (...) Em torno de duas mil e quinhentas peças, a gente calcula que acaba fazendo isso 5 a 6 vezes por dia, mas depende do volume da peça.

A jornada de trabalho diária é de 7 horas e 20 minutos, com 10 minutos para pausa e 1 hora de almoço. Segundo Marcos, a jornada de trabalho poderia só poder exceder 2 horas e meia por dia. Segundo informação do departamento de saúde do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região, a Turti e outras empresas não permitem jornadas de trabalho que excedam 12 horas, mas não obrigam os trabalhadores a realizar horas-extras. Entretanto, essa informação não coincide com os relatos de Marcos:

Seria duas horas e meia, no máximo, que eu poderia fazer. Está lá no contrato deles lá, com o sindicato (...) Quando eu me lesionei lá, me deparei com estes problemas, eu estava fazendo mais (do que a jornada de trabalho diária), né? Estava trabalhando exatamente estas duas horas a mais (riso).

O salário mensal é de R\$ 2.100,00, mas ressaltou que os operadores contratados atualmente recebem metade do seu salário. De acordo com Pochmann (117), na época da crise econômica entre os anos de 2008 e 2009, a rotatividade da mão-de-obra adotada pelas empresas repercutiu na demissão do trabalhador melhor remunerado para contratar novos empregados com salários menores.

Marcos também falou a respeito dos inconvenientes causados pelo aumento da rotatividade de trabalhadores na Turti, com relação às demissões dos operadores mais experientes e pela não exigência do empregador em contratar funcionários qualificados para o trabalho. Segundo ele, isso já vinha ocorrendo há alguns anos, mas também se acentuou após a crise econômica:

*E a rotatividade dos operadores também traz uma insegurança muito grande. Porque eles tiram as pessoas que têm habilidade, pegam novos operadores, com o salário pela metade, mas que não detém o conhecimento daquele trabalho (...) E nos últimos dois, três anos, eu não tenho visto entrar operador acima de vinte e cinco anos (...) Antes, exigia um curso do SENAI, exigia um ano de experiência. Mas, hoje, já pega qualquer um que esteja dentro desta idade e que queira trabalhar. E aprende lá dentro. A gente, que é antigo, que fica levando as cacetadas que o novato que deveria levar (riso). Porque eles não têm qualificação. As falhas são basicamente eles que produzem, né?*²⁶

Quanto às condições de trabalho na Turti, Marcos as considerou aquém do prestígio que a empresa possui na região. Ressalta que houve sensível piora das condições de trabalho ao longo dos anos e que houve perda da relativa autonomia que os trabalhadores possuíam anteriormente. Ficou claro, por meio de seus relatos, o sentimento de desvalorização que sente por parte da empresa em relação ao seu trabalho:

As condições físicas são precárias. Quando você fala de Turti: 'Opa! Turti é uma tecnologia, o nome de uma empresa!'(...) Mas a cada dia, o processo dentro da empresa tá sendo mais sucateado. Como se diz: uma carga maior pra cada ser humano que está lá dentro. Então, eles estão transformando essas linhas de montagem em célula e aí se faltou 2 operador, 1 operador vai ter de fazer o serviço de 2 ou 3 (...) Você não tem nem como sair do lugar (riso). E, antigamente, você tinha o tempo pra isso, hoje você não tem mais. Então, o operador tornou-se uma 'maquininha', que chega ali e fica as 7 horas fazendo o que eles determinam! (riso)

De acordo com o depoimento de Marcos, há muitos outros trabalhadores da Turti com os mesmos problemas de saúde que ele. Ele afirmou que as pessoas têm receio de procurar ajuda por medo do desemprego e porque os médicos do convênio não valorizam suas queixas:

²⁶ Bernardo (2009) constatou, em uma pesquisa realizada em duas montadoras de automóveis japonesas instaladas na região de Campinas, que a contratação de novos funcionários por tais empresas levava em conta o 'saber-ser' em detrimento do 'saber-fazer'. Elas costumam contratar homens jovens, sem experiência prévia em outras grandes empresas metalúrgicas. Preferem contratar trabalhadores que possam ser treinados a partir dos valores da empresa e escolhem pessoas com características pessoais como curiosidade, interesse, iniciativa e pró-atividade.

A maioria não se manifesta e estão se deteriorando lá dentro. Têm medo de se manifestar e perder o emprego (...) E tem o nosso convênio médico, que é do lado da empresa. A pessoa vai lá, não tem condições de trabalhar (...) Eles são manipulados, para deixar você ali dentro. Eles, simplesmente, dão um remedinho pra tirar a dor fala: 'Ó, vou te dar um dia de atestado, você toma o remédio e aí vai trabalhar'. Às vezes, não aguentando, as pessoas voltam porque não tem outro recurso pra recorrer.

Ao longo da entrevista, Marcos apresentou uma certa contradição em seus relatos, revelando uma postura ora mais próxima dos colegas de trabalho, ora mais próxima dos interesses da Turti. O discurso de gestão empresarial vem conseguindo cooptar os trabalhadores na busca dos interesses patronais de aumento da produção e do lucro. Dessa forma, a utilização de termos como 'colaboradores' para se referir aos trabalhadores e 'família-empresa' têm sido empregados com frequência para estimular os trabalhadores a adotarem posturas mais convergentes aos interesses do capital. A partir dos trechos abaixo, entretanto, é possível perceber que Marcos tinha alguma consciência disso, o que pode ter ocorrido a partir da experiência do adoecimento e também de seu ingresso na faculdade de Administração de Empresas:

Eles (colegas de trabalho) reclamam, tem gente que até exagera. Você sabe que existem aquelas pessoas dramáticas, né? (riso). Mas aqueles que não são dramáticos é que são pior, né? Que eles se fecham, sofrendo, tentando remediar e não conseguem. E trazem mais problemas porque ficam trabalhando sem condições de trabalhar, sobrecarrega o colega que tá do lado. E ainda causa defeitos, que não deveria passar pra frente e traz as consequências diretamente pra empresa.

Eu converso sempre (a respeito dos problemas de saúde). O supervisor fala que eu sou uma pessoa exemplar lá. E, na hora de fazer uma avaliação no final do ano, ele cita até o meu nome e ele já falou: ' Eu tenho você como modelo aqui do meu setor'. Mas é, talvez, uma maneira de manipular a gente!

Eu nunca fui de ficar calado. Então, eu sempre bati de frente com os caras (...) Aí (quando começou o curso de Administração de Empresas), que eu comecei a ver a maneira que eles trabalhavam, como que eles manipulavam as pessoas lá dentro...

Marcos disse que foi no início de 2010, há pouco mais de um ano, que começou a perceber a sobrecarga de trabalho:

Isto durou dois meses. E foi daí, nesse momento que eu sobrecarreguei, que começou a acontecer isto aí. Desde o mês de março que aconteceu isso, passou a crise toda, eu tava trabalhando dois turnos, né? Aí, depois de oito, dez meses, aumentou a produção de novo, que a gente não esperava, e eles nunca esperava. E eles ainda tavam com medo de admitir pegar gente e depois a crise voltar e não ter aquele volume de peça pra produzir, então eles manteve só aqueles que tinha... (riso)

Em março de 2011, após ser atendido por alguns profissionais do convênio médico pago pela Turti, foi que Marcos iniciou acompanhamento de saúde no Cerest.

A busca por tratamento

Marcos relatou que começou a sentir um formigamento no braço esquerdo, em 2010, período seguinte àquele em que houve aumento da carga de trabalho devido às mudanças geradas pela crise econômica de 2008-2009. Ele já trabalhava há um ano no mesmo posto de trabalho e descreveu os primeiros sintomas e as causas atribuídas a eles, da seguinte forma:

Foi mesmo um formigamento assim no braço, né? Eu falei 'Estranho isso, mas todo mundo tem LER aqui, dor, sei lá (riso). Tendinite que eles falam, né? Não é demais eu ter, já tem um ano que eu estou trabalhando aqui neste posto, né?' Porque até então, eu alternava de posto, não trabalhava só naquele lugar. E a partir dessa crise, eu fui trabalhar de manhã e eu fiquei em um lugar só. Eu me destaquei, eu resolvi o problema deles ali, então eles me amarraram ali. Aí, eu comecei a adquirir porque eu movimentava muito o braço esquerdo. Eu pegava a peça com a mão esquerda e fazia o visual, testava os componentes pra ver se não estavam soltos e aí identificava com a mão direita e passava a peça com a mão direita e punha numa embalagem.

Marcos contou que utilizava uma pomada de arnica, comprada pela sua esposa para tratar de algumas dores relacionadas ao crescimento do filho de 11 anos. Por conta própria, ele também fez uso de analgésicos ao longo de aproximadamente um mês. Nesse período, Marcos iniciou a procura por diversos médicos do convênio pago pela Turti, mas não obteve sucesso em sua busca por compreensão da enfermidade e por alívio dos sintomas. Ele contou que ficou cerca de um ano peregrinando entre alguns profissionais de saúde:

Então, eu mesmo tava sem sabe por onde correr. Porque eu tava tratando no convênio e o convênio é assim: ‘Só te dou atestado do horário que você tá aqui. Você tem que trabalhar!’ E foi um ano nessa batalha aí...

Ele foi convidado a relembrar os primeiros contatos com os serviços de saúde e como havia sido a condução da investigação de seu problema de saúde:

Primeiro, eu procurei um clínico, né? Porque apareceram as dores numa semana e, na outra, eu já tava com as dores no braço inteiro. Aí, eu falei: ‘Pode não ser isso (tendinite), pode ser uma gripe. É bom procurar um médico’ e ela falou: ‘Ah! Você está com um resfriado forte!’ Mas não tinha nada a ver e eu passei três semanas tomando aquele Paracetamol (riso). E de, quatro em quatro horas, eu ia lá e tomava um comprimido. Aí, aliviava a dor e eu continuava trabalhando...

Após 3 semanas, Marcos retornou em consulta com a mesma médica, que solicitou um exame de ressonância magnética²⁷ da coluna cervical e o afastou do trabalho por 3 dias. A médica avaliou o laudo do exame e o encaminhou ao ortopedista:

O ortopedista só olhou pra mim, olhou o exame e falou: ‘Ó, se o seu problema é dor, isso aqui não é comigo. Retorna com a sua clínica’. Aí, eu simplesmente falei pra ele: ‘Ó doutor, se eu tô aqui, eu tô sentindo alguma coisa. Se você não quer nem analisar meu

²⁷ A ressonância magnética é útil na avaliação de partes moles e estruturas osteoarticulares. Costuma ser três a quatro vezes mais cara do que a ultrassonografia (110).

problema, eu vou reclamar e vou procurar outro. Porque não existe só você. Médico como você não era nem pra atender pessoas, que são seres humanos' Eu falei assim! Numa boa, mas porque eu já tava louco de dor. Aí, procurei a direção da clínica e fiz um boletim contra ele. Aí, me encaminharam pro neuro (neurologista). Duas semanas depois que eu consegui uma vaga com ele. Então eu já fui lá no mês de maio e tratei com ele até novembro.

O neurologista avaliou o laudo da ressonância magnética e lhe disse que se tratava de um problema de saúde muito comum, mas não o examinou e nem perguntou a respeito de seu trabalho. Por haver se queixado de algumas dores nas pernas, o neurologista solicitou um outro exame, uma eletroneuromiografia²⁸ para as pernas:

'Isso aí é uma coisa normal, uma coisa degenerativa que acontece com qualquer um. Isso aí não está trazendo nenhuma consequência pra essas dores suas. Mas, vamos fazer outros exames, vamos ver se tem alguma infecção no braço' (...) E falou: 'Pega três injeções e um remédio pra tomar, por 30 dias'. Mas, a injeção só amenizou as dores na coluna durante três dias. Passava os três dias, tomava outra e amenizava a dor. Aí, acabou e continuou.

Fiz o exame que ele pediu e retornei com ele. E ele falou: 'Ó, você não tem nada! Mas e a dor?' Eu falei: 'Continua, do mesmo jeito'. Aí, ele passou a mesma receita! (riso).²⁹

Marcos repetiu o tratamento medicamentoso por 30 dias e fez um outro exame de eletroneuromiografia solicitado pelo médico, dessa vez para a região dos braços. Segundo ele, o médico dizia que meu problema de saúde muito simples, que não poderia causar tantas dores. Por outro lado, o médico não

²⁸ Eletroneuromiografia: utilizada para investigar a compressão de nervos periféricos, encontrados em alguns casos de LER/DORT, como por exemplo a síndrome do túnel do carpo, síndrome do canal ulnar etc (110).

²⁹ O diagnóstico das LER/DORT é essencialmente clínico e, portanto, os exames complementares não devem ser os principais norteadores da investigação diagnóstica. Esta deve incluir, além de uma completa investigação da história clínica e ocupacional para definir se há relação do quadro clínico com o tipo de trabalho realizado. De acordo com Maeno et al. (110), antes de solicitar um exame complementar, o médico deve ter uma hipótese inicial a partir do exame físico e da história do paciente e deve ter clareza quanto aos objetivos dos exames solicitados. A partir dos resultados desses exames, ele deve investigar se estes são compatíveis com os achados da história clínica e do exame físico.

esclarecia a razão de seus sintomas e Marcos começou a decidir por si o que lhe parecia mais adequado:

Ele falava que era estresse no trabalho. Até que um dia, ele falou que ia passar um remédio anti-estresse, um faixa preta lá. Mas eu falei; 'Não, esse aí você não precisa nem passar que eu não vou tomar. Porque eu não tô estressado, eu tô muito bem em casa, com a minha família, no meu trabalho. Eu só tô sentindo dor'.

Na última vez que retornou a esse médico, mantinha as mesmas queixas. A conduta médica foi a mesma, mas Marcos decidiu procurar outro profissional e tomou a providência de pedir uma mudança de posto de trabalho:

E voltei de novo! Trinta dias depois, voltei reclamando de novo. Aí, ele passou a mesma receita! Mas, eu pensei: 'Ah! Agora, eu não vou tomar, né?' Eu vou procurar um outro médico porque já era setembro, outubro (...) E eu pedi pra sair do posto que eu trabalhava. Aí, eles me mandaram pra um posto mais tranquilo: eu trabalhava sentado e não forçava tanto. Eu não sentia tanta dor. Mas isso aí eu pedi e só depois de 28 dias é que eles foram me tirar daquele posto!

Marcos disse que decidiu pedir a mudança de posto de trabalho depois que o médico sugeriu, na última consulta, que o problema poderia estar sendo agravado pelo trabalho. Entretanto, o médico não fez nenhuma carta à Turti, o que poderia ter facilitado a negociação de Marcos com a chefia. Essa aparente postura de 'neutralidade' que alguns profissionais de saúde adotam para evitar conflitos com as empresas e com os pacientes acaba favorecendo o elo mais frágil, que geralmente é representado pelo trabalhador:

Só depois de 28 dias que ele se tocou que tava tendo um problema ali. Você vê como é a distância da liderança em relação à gente? Aí, ele (o chefe) foi me perguntar o que tava acontecendo e eu falei: 'Eu vou provar pra vocês que eu não tenho condições, eu tô fazendo os exames e vou provar pra vocês que eu não tô fugindo da minha responsabilidade. Durante dez anos eu fiz isso. Por que agora eu ia deixar de fazer se eu estivesse bem?' Aí, que ele resolveu me tirar e me emprestar pra outro setor, que era

mais tranquilo. E eu agüentei trabalhar até dezembro. Aí, pedi férias em dezembro e foi um alívio! Até os primeiros quinze dias, tava horrível. Depois, melhorou. Aí, voltei em janeiro e trabalhei janeiro e fevereiro. Mas, em março, o negócio começou de novo. Foi aí que eu tomei esta decisão de procurar um médico fora.

Marcos explicou que ao retornar à Turti, após as férias, o ritmo de trabalho estava ainda mais acelerado porque haviam sido feitas algumas modificações na linha de montagem e ele foi obrigado a retornar ao seu posto de trabalho habitual, o que causou um agravamento de seu problema:

Eu percebi que de ficar esses 30 dias em casa, eu tive uma melhora, né? Aí, eu voltei e trabalhei mais um mês e aí foi que desencadeou mais ainda, né? Eu peguei um ritmo lá, bem elevado. A pressão era muito grande, eles mexeram na linha de novo. Eles encurtaram a linha, tiraram algumas máquinas, tiraram alguns produtos de lá. E aquilo acumulou uma produção (...) Então, teve uma competição muito grande, nesses dois meses que eu trabalhei lá no início do ano. Aí, eu comecei a reclamar, pedir pra sair fora do posto que eu tava. Porque eu comecei a fazer todo o serviço mais pesado de volta, né?

Marcos foi, então, orientado por um colega de trabalho a procurar o Cerest. Este serviço de saúde é uma unidade de referência e, portanto, não costuma ser uma 'porta-de-entrada' do SUS. Os usuários são atendidos em unidades da Atenção Básica (centros de saúde) e somente os casos de maior complexidade (diagnóstica ou terapêutica) é que são encaminhados ao Cerest, que faz parte da chamada rede de Atenção Secundária. Marcos, então, foi orientado a buscar atendimento no centro de saúde de sua região, mas na consulta com o médico, logo pediu para ser encaminhado para o Cerest.

Enquanto esteve aguardando sua primeira consulta médica no Cerest, Marcos procurou outro neurologista de seu convênio médico e considerou que o atendimento prestado por este profissional foi muito melhor do que os recebidos até então. Segundo ele, o médico lhe explicou a respeito da enfermidade, o que o tranquilizou porque ele já pensava que seu problema de saúde não teria solução:

Que, até então, nunca ninguém explicou. Quem falou isso pra mim foi um médico que eu tô tratando agora. Ele falou: 'Você tem uma lesão aqui na coluna, vai o nervo que sai de lá. E vai generalizar toda essa dor pro corpo por causa da coluna!' Até então, eu não sabia disso! E ele falou: 'Ah! Você tá com LER aqui no braço!' (...) Então, o que eu esperava do médico era essa atitude dele. Agir como profissional e orientar o paciente da melhor forma possível. Porque eu acho que eu não fui orientado.

Entretanto, o neurologista ainda não o havia encaminhado para tratamento, além do medicamentoso. Após alguns dias, durante a jornada de trabalho, Marcos sentiu dores fortes e procurou o ambulatório de saúde ocupacional da Turti. Ele foi levado, então, para uma clínica de Ortopedia e Traumatologia, onde foram feitas duas radiografias³⁰ dos braços. Segundo Marcos, o médico lhe disse que se tratava de uma distensão muscular:

'Ó, não é nada! Você deve estar com uma distensão muscular. Isso aí é estresse! Eu vou te passar uma injeção e um comprimido. E você vai fazer oito sessões de fisioterapia (...) E eu vou te atestar esse dia. E amanhã, você vai trabalhar.

Marcos fez as oito sessões, mas não percebeu melhora dos sintomas. Quando foi atendido pela médica do Cerest, ele já havia terminado o tratamento de fisioterapia, mas ainda estava realizando o tratamento medicamentoso indicado pelo neurologista. A médica, então, confirmou o diagnóstico de tendinite de ombro esquerdo e cervicodorsalgia por LER/DORT, solicitou a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) à empresa. Como esta se recusou a emitir o documento, a própria médica preencheu a CAT e encaminhou Marcos para a perícia médica no INSS.

O médico perito, entretanto, não considerou a enfermidade como decorrente do trabalho e concedeu um afastamento de 45 dias, devido a doença comum (não relacionada ao trabalho). É muito freqüente que os segurados do INSS sintam uma certa desconfiança, por parte dos médicos peritos, com relação

³⁰ Radiografias são úteis na análise de estruturas osteoarticulares (110).

às enfermidades que possuem e à incapacidade para o trabalho. Apesar de haver sido bem tratado pelo perito, Marcos sentiu certa desconfiança por parte dele, que não fez nenhuma pergunta a respeito de seu trabalho. Mesmo assim, Marcos tentou contar um pouco a respeito de sua rotina na empresa:

Na consulta, ele me pediu todos os relatórios, todos os exames que eu tinha. Eu apresentei e aí ele mandou eu fazer os exercícios lá. Me deitou lá, mandou eu levantar as pernas, pediu pra eu fazer alguma coisa pra ele ver que eu tava impossibilitado (...) Aí, eu citei as dores, citei o excesso de peso, né? O excesso de horas trabalhadas, que a gente fica na mesma posição. Aí, ele me perguntou se eu tava com algum problema com a minha chefia (riso). Então, eu me senti pressionado naquela hora porque ele me fez essa pergunta. E, cabia a ele, que tava com o documento lá, sabendo que foi acidente de trabalho. Tava os laudos todos na mão dele (...) Lá fora, na recepção, me entregaram o resultado da perícia. Mas como doença comum, não como um acidente de trabalho.

Quando Marcos questionou a atendente do INSS a respeito do seu benefício, ela o orientou a pedir a transformação do mesmo. Essa situação tem sido descrita por muitos usuários do Cerest que procuram o INSS, o que impõe mais dificuldades a eles porque o processo de transformação do benefício pode ocorrer, mas é muito demorado.

Dessa forma, Marcos relatou em sua entrevista que se mantinha afastado do trabalho, com benefício previdenciário destinado a doenças ‘comuns’, não relacionadas ao trabalho. Uma das desvantagens desse tipo de benefício para o trabalhador é que esse benefício não garante a estabilidade de um ano quando o segurado retorna ao trabalho³¹ (118). No caso dos metalúrgicos, a Convenção Coletiva do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região garante a estabilidade até a aposentadoria, em casos de afastamento do trabalho com auxílio-doença acidentário (Convenção Coletiva do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região/ grupo 3, cláusula 27, 2010/2012).

³¹ A Lei 8.213/91 (D.O.U., 1991) dispõe a respeito dos Planos de Benefícios da Previdência Social, sendo que o art. 118 garante a manutenção do contrato de trabalho com a empresa por doze meses, após a cessação do benefício, para os casos de auxílio-doença acidentário (acidentes e doenças do trabalho).

Além do encaminhamento ao INSS, a médica do Cerest encaminhou Marcos para tratamento de fisioterapia e para o grupo 'Consciência do Movimento'. Apesar de alguma melhora com as sessões de fisioterapia, Marcos ainda queixava-se de dor ao iniciar o grupo 'Consciência do Movimento':

O braço ainda formiga bastante (...) Então, se eu ficar muito tempo com o braço na mesma posição, eu não consigo levantar o braço direito (...) Mas agora eu vejo que eu consigo dormir duas, três horas seguidas. Então, melhorou bastante nesse sentido, né? E eu acordo disposto, não sinto dor nenhuma. Aí, três, quatro horas depois que começa. Aí, eu não consigo ficar parado (riso).

Entretanto, apesar da melhora parcial dos sintomas, Marcos disse que estava mais tranquilo e animado porque estava mais confiante que poderia melhorar e retornar ao seu trabalho na Turti:

Isso aí traz pra mim um conforto, sabendo que eu tenho um tratamento que pode resolver, amenizar as dores do braço. Tá trazendo um conforto pra eu não me desesperar!

Quando questionado a respeito dos tratamentos que devem ser oferecidos para quem sofre dos mesmos problemas que ele, Marcos respondeu:

Em primeira instância, seria o esclarecimento dos fatos, né? De tudo o que tá acontecendo. E como eu falei com você a respeito da postura (do trabalhador): o que a gente pode auxiliar para não ficar só embasado na fisioterapia e remédio.

O papel da rede social

Apesar de afirmar que as pessoas o vêem de forma diferente do que ocorria anteriormente, devido ao fato de estar afastado do trabalho e por estar doente, Marcos relatou que têm o apoio de seus familiares mais próximos:

Eu acho que em casa eu tô tendo todo o apoio, reconhecimento de que eu tô passando por um momento difícil. Meu filho de 11 anos e até a pequeninha de 7 anos fala 'Pai, você não faz nada, né?!' (risos). Aí eu explico e ela fala 'Pai, você tá certo!' Às vezes, liga

alguém da família e tem uns que até dão uma 'dura': 'Como que você tá doente e não avisa a gente?!'

Quanto aos colegas de trabalho, ele disse que houve um afastamento porque não os encontra fora da empresa e eles não têm ligado para saber a respeito dele:

Os colegas de trabalho, infelizmente não. Se você vai lá (na Turti) e encontra com um ou outro, eles perguntam 'E aí, como é que você está? Está bem?' Mas, falar que alguém liga ou vai lá em casa perguntar? Isso aí não existe! (...) E o supervisor não pode ligar pra você porque isso é proibido pela empresa.

Relação sindical

Marcos já foi sindicalizado, mas pediu seu desligamento há cerca de 14 anos por insatisfação com a atuação sindical. Ele acha que os dirigentes sindicais fazem negociações com a Turti, que são alheias aos interesses dos trabalhadores. Ele considera que alguns dirigentes agem de forma anti-ética e que o movimento sindical está muito desorganizado. Exemplificou com o caso de uma paralisação realizada devido à negociação da Participação de Lucros e Resultados (PLR), um adicional financeiro à renda anual dos funcionários das grandes empresas:

Há dois anos atrás, houve uma grande manifestação. Fizeram com que as pessoas ficassem lá fora, pra fazer a greve. Mas assim que o pessoal saiu, eles (dirigentes sindicais) não deram mais satisfação. Em vez de fazer uma reunião, fazer um movimento pra organizar como seria no segundo turno, né? Eles simplesmente puseram as 'violinhas' deles no carro e foram embora. Largaram as pessoas lá, ao deus dar! (...) O portão da empresa tava aberto e a chefia lá, olhando todo mundo. Então, isso aí é uma falta de ética, pra uma organização que se diz que trabalha em prol do trabalhador?!

Marcos não acha que o sindicato tem conseguido atuar na melhoria das condições de trabalho, assim como a CIPA. A respeito do chamado rodízio de

funções que ele já havia citado ser parte da Convenção Coletiva da categoria, ele disse:

Eles fazem vista grossa porque se eu reclamo com ele (da CIPA ou do sindicato), ele vai falar com o supervisor. Aí, o supervisor vai lá e conversa com ele: 'Eu não tenho outro operador que faz o que ele faz. Eu tenho que dar número! Então, ele é o cara pra ficar ali, eu não tenho outra pessoa pra fazer isso'.

Eles infelizmente não têm tanta força, mas eles têm as leis pra trabalhar em cima disso. Mas, eles não trabalham em cima das leis. Eles trabalham em cima de hipótese e em cima de reuniões paralelas com a empresa. E os operadores, os funcionários da empresa não participam com eles das reuniões paralelas que resolvem o problema da empresa e o problema deles, mas não do trabalhador.

Como será o futuro?

A respeito das mudanças em sua vida, a partir da experiência de adoecimento e incapacidade para o trabalho, Marcos revelou certo desconforto por estar afastado do trabalho e pela conseqüente diminuição de sua produtividade:

Porque aí vêm as preocupações. Que, às vezes, tem pessoas que não aceitam as limitações porque você acaba regredindo. O que antes você fazia, hoje você não pode fazer mais. Então, eu tô tentando levar da melhor forma possível, pra reverter a situação. Porque quanto mais você fica pra baixo, pior fica. Então, eu tô tentando levar uma vida normal, dentro das possibilidades. Pra que eu não tenha um tropeço lá na frente (riso).

O papel social dos homens costuma estar muito associado à responsabilidade do provimento financeiro da família e, de acordo com Lemos (119) “a noção de que o homem seja o grande responsável financeiro e moral da instituição familiar está condicionada à representação social da masculinidade”. Tal representação continua hegemônica no ideário social, apesar de estar na contramão das mudanças contemporâneas observadas nas diversas constituições

familiares e nos papéis assumidos por homens e mulheres no âmbito doméstico e no mercado de trabalho:

Algumas características atribuídas ao masculino e ao feminino vêm se dissolvendo. Não há mais como falar em homem ‘chefe de família’, se grande parte das mulheres entraram no mercado de trabalho, criam seus filhos sozinhas, educando-os, mantendo-os e sustentando-os. A idéia de que o homem é central na família nuclear vem, cada dia mais, se ‘pulverizando’ socialmente (119).

Quanto ao seu retorno ao trabalho, Marcos revelou que sabe que as coisas serão diferentes daqui para frente. Ele demonstrou, ao longo da entrevista, que sempre foi um funcionário dedicado e, por isso, obtinha reconhecimento dos colegas e das chefias:

Eu sempre me senti como um coco, né? Eu não sentia nada! Resfriado? Era difícil de pegar um resfriado. Esse negócio de ficar afastado... Vinte anos de trabalho e eu nunca peguei um afastamento!

Pedi a Marcos que explicasse o quê é ser como um coco:

Meu pai que tinha esse ditado (risos): a água limpinha por dentro e a casca dura por fora!

As histórias de adoecimento e afastamento costumam causar uma ruptura na trajetória profissional dos trabalhadores. Além disso, a competitividade e as exigências do mercado de trabalho agravam a situação:

Você não é vista mais como aquela pessoa que é o destaque, né? Quer dizer, aquela pessoa que se destacou tantos anos, tanto tempo naquele lugar. Agora, as pessoas vão te ver diferente: ‘Olha, ele tem um problema! Será que ele vai assumir as responsabilidades?’ As oportunidades começam a se fechar. E pela idade também. Quando você chega aos 40, 45 anos, acaba sendo dispensado pela idade.

A respeito de seu futuro profissional, Marcos disse que tinha sonhos de retornar à Turti, trabalhar mais alguns anos para juntar um montante e inaugurar um negócio próprio. Marcos, entretanto, preocupava-se com as limitações físicas decorrentes da enfermidade osteomuscular:

Eu espero seguir com os meus planos que já tavam traçados daqui pra frente porque isso não muda. Eu tenho a perspectiva de acabar de pagar a minha casa e já montar alguma coisa paralela, se eu continuar trabalhando. E tentar direcionar uma vida, um trabalho autônomo daqui pra frente (...) Mas, por exemplo, se eu montar uma loja de móveis, eu não vou ter a disponibilidade de ficar pegando os móveis. Ou botar no carro pra entregar. Eu não vou ter essas condições, né? Então, isso aí preocupa mesmo. Se você falar 'Ah, vamos montar um barzinho lá?'. Mas, eu não vou pegar nenhuma caixa de cerveja pra botar no congelador. Aí vem aquele desconforto...

Outra representação social bastante comum entre os trabalhadores assalariados é o desejo de ser o 'próprio patrão' por meio da aquisição de um pequeno negócio ou empresa. Atualmente, observamos também uma crescente ambição social de obter aprovação em um concurso público, para conseguir melhores salários e estabilidade no emprego (120).

No dia seguinte à entrevista, Marcos iria à 2ª perícia médica no INSS.

Mudança de curso...

O médico perito lhe concedeu apenas mais 15 dias de afastamento e já programou sua alta, apesar de Marcos ainda não haver concluído seu tratamento. Como já foi dito, Marcos havia obtido apenas uma melhora parcial dos sintomas com a fisioterapia individual, mas iria iniciar o Grupo 'Consciência do Movimento'.

Foi combinado que ele continuaria freqüentando o grupo, mesmo após o retorno ao trabalho. Para tanto, seria encaminhada uma carta à empresa, solicitando que Marcos pudesse encerrar seu expediente de trabalho mais cedo, às quartas-feiras à tarde.

Entretanto, Marcos retornou ao trabalho na Turti e foi demitido, uma vez que não possuía a estabilidade referente aos afastamentos por doenças do trabalho. Ele ficou muito abalado com esse fato e abandonou o tratamento em grupo, tendo participado de apenas 2 encontros.

As limitações da presente pesquisa com relação à análise da experiência grupal referem-se às alterações metodológicas ocorridas devido à impossibilidade de analisar as experiências de Júlia e Marcos com o grupo Consciência do Movimento, decorrente da interrupção do tratamento por ambos. Assim, ao contrário do que havia sido planejado, os estudos de casos de Júlia e Marcos basearam-se somente em entrevistas realizadas antes da experiência grupal.

Um dos motivos deles terem sido abordados somente na etapa antes de freqüentarem o grupo é que a evasão dos grupos terapêuticos do Cerest cresceu muito devido às mudanças na política de benefícios do INSS, que tem restringido os afastamentos do trabalho. Assim, muitos usuários dos grupos deixam de participar quando recebem alta do INSS ou quando os compromissos de trabalho não permitem mais que continuem participando. Uma forma de controlar esse problema de pesquisa seria a escolha de mais usuários que estivessem iniciando os grupos para conduzir um maior número de estudos de casos, mas isso não foi possível devido à limitação de tempo.

IV. 3. Júlia e Marcos: retratos do mundo do trabalho

A análise dos depoimentos de Júlia e Marcos revelou muitas similaridades entre suas histórias de vida, que se entrecruzam todo o tempo com suas histórias de trabalho. Ainda na infância, os dois entrevistados relataram que tiveram suas primeiras experiências de trabalho e ambas as famílias mudaram-se de sua região de origem, em busca de melhores condições de vida e emprego.

Os dois entrevistados também pareceram concordar com relação ao significado que atribuem ao trabalho, como fonte de sobrevivência e conquista de bens materiais. Júlia repetiu algumas vezes durante seu depoimento que a

aquisição de sua casa própria a fazia suportar as exigências do trabalho e Marcos relatou que o trabalho permite que se alcance o 'capital', necessário para a sobrevivência. Nos dois relatos, há também uma conotação moral do trabalho, como valor indispensável para a dignidade do ser humano. Tal valorização social do trabalho vai ao encontro de uma concepção bastante otimista em relação ao mundo do trabalho. Há um discurso social quase unânime de enaltecimento do trabalho, que desconsidera o sofrimento que diversos tipos de trabalho têm causado aos trabalhadores. Tal concepção é reforçada pelo discurso de gestão empresarial que apresenta 'novas' e melhores formas de trabalho e pelo discurso de responsabilidade social, que defende que boa parte das empresas está mais comprometida com a proteção do meio ambiente e com a saúde e segurança dos trabalhadores.

Entretanto, os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2008) contrariam tais discursos:

No mundo, 6.000 trabalhadores morrem a cada dia devido a acidentes e doenças relacionadas com o trabalho (...). Além disso, a cada ano ocorrem 270 milhões de acidentes de trabalho não fatais e 160 milhões de casos novos de doenças profissionais (...). Embora alguns setores sejam por natureza mais perigosos do que outros, grupamentos de migrantes e outros trabalhadores marginalizados freqüentemente correm mais riscos de sofrer acidentes de trabalho e padecer de doenças profissionais porque sua pobreza costuma obrigá-los a aceitar trabalhos pouco seguros (121).

Com relação às empresas em que Júlia e Marcos adoeceram, foi possível verificar por meio dos relatos que os processos de trabalho na Suna e na Turti são muito semelhantes. Apesar da Suna tratar-se de uma empresa do ramo químico e a Turti, uma empresa metalúrgica, a organização do trabalho das duas empresas guarda muitas características comuns. Por meio dos dois depoimentos, percebe-

se que ambas as empresas têm utilizado princípios de gestão híbridos, advindos tantos dos modelos de gestão taylorista-fordista, como do modelo de produção toyotista. Assim como observa Merlo (77):

O que se constata, em geral, é o que se poderia chamar de modelo Frankstein, onde são incorporados alguns instrumentos usados pelas chamadas 'japonizações' da organização do trabalho, tais como Programas de Qualidade Total e Kanban, dentro de políticas de gestão que se mantêm verticalizadas, autoritárias e muito hierarquizadas e, em geral, em ambientes insalubres. O que vem se constatando é uma superposição de agressões, umas oriundas das formas tradicionais de gestão, outras impostas pelo processo de reestruturação produtiva.

Júlia e Marcos não estabeleceram uma relação imediata entre o trabalho e o processo de adoecimento. A reflexão a respeito da possível interferência do trabalho sobre a saúde surgiu ao longo dos depoimentos. Isso é muito comum entre os trabalhadores e pode estar relacionado ao significado social positivo atribuído ao trabalho. Além disso, o discurso de gestão empresarial prega a responsabilização individual daqueles que adoecem, discriminando-os por meio de estratégias veladas ou explícitas, como a criação daquela linha de produção específica para os trabalhadores que retornavam de afastamentos do trabalho que foi citada por Júlia. Ambos os entrevistados relataram, em algum momento dos depoimentos, uma certa responsabilidade pessoal por terem adoecido. Os dois também disseram que já sentiram certa 'desconfiança' quanto à veracidade das queixas de dor, expressas por alguns de seus colegas de trabalho que haviam adoecido. Entretanto, Júlia e Marcos se reportaram ao papel desses mesmos colegas, que os alertaram a procurar um serviço de saúde quando ambos começaram a apresentar os primeiros sintomas.

Os entrevistados também relataram dificuldades semelhantes quando iniciaram a busca por tratamento, que podem ser resumidas nas seguintes situações: má condução da investigação diagnóstica, com exames clínicos

insuficientes ou inexistentes e excesso de exames complementares; desconfiança dos médicos quanto às suas queixas; indicação de recursos terapêuticos inadequados, como o uso exagerado de medicamentos e imobilização com gesso. Por conta disso, os dois entrevistados precisaram buscar mais de um serviço ou profissional de saúde. Essa ‘peregrinação’ dos trabalhadores adoecidos em busca de tratamento é muito comum e resulta em mais sofrimento físico e emocional porque eles mesmos passam a questionar se as dores são reais ou fruto de sua imaginação. Daí, a importância do apoio dos colegas de trabalho que já passaram pelos mesmos problemas e de outros atores da rede social em que os trabalhadores estão inseridos.

Com relação à interrupção do tratamento em grupo, que ocorreu tanto com Júlia como com Marcos, há que se apontar alguns elementos que podem elucidar possíveis questionamentos do leitor. Apesar de sempre ter havido certo grau de evasão nos grupos terapêuticos oferecidos pelo Cerest, isso se agravou com a política atual de benefícios do INSS, que tem concedido menos afastamentos e por períodos mais curtos do que anteriormente. Visto que a maior parte dos usuários do Cerest são segurados do INSS, muitos deles têm desistido do tratamento porque recebem alta do INSS e precisam retornar ao trabalho, como ocorreu com Marcos. Em outros casos, eles nem conseguem um primeiro afastamento e também não têm condições de prosseguir o tratamento porque precisam arranjar formas de sobreviver, sem depender do INSS, como o que ocorreu com Júlia. Além disso, os dois entrevistados estão vivenciando o início de uma enfermidade que traz a incapacidade para o trabalho, os conseqüentes conflitos com empresas e INSS e a necessidade de busca pela sobrevivência. Esses fatores causam um ‘desarranjo’ no cotidiano e é muito comum que os sujeitos optem por sair em busca de novas oportunidades de emprego, em detrimento do tratamento de saúde.

Algumas diferenças de gênero que interferem no processo de adoecimento e reabilitação também vieram à tona por meio das entrevistas. Júlia relatou a dificuldade encontrada por ela para realizar algumas tarefas domésticas, enquanto Marcos falou a respeito do sentimento de inutilidade devido à condição de

afastamento do trabalho. Apesar das mudanças na sociedade advindas da inserção da mulher no mercado de trabalho e de uma certa divisão do trabalho doméstico em algumas famílias, os papéis sociais de homens e mulheres ainda parecem muito associados às figuras do ‘chefe de família’ e da ‘dona-de-casa’.

Outro ponto de convergência entre os discursos de Júlia e Marcos foi uma certa desconfiança com relação à atuação dos respectivos sindicatos. No caso de Júlia, apesar das tentativas de aproximação do sindicato junto aos trabalhadores da Suna para informá-los a respeito das LER/DORT, Júlia disse que não compreendia o que eles estavam dizendo e também não se sentia à vontade para participar das greves. Para Marcos, o sindicato não merecia confiança porque não atuava em defesa da saúde e da segurança dos trabalhadores na empresa e sua atuação era voltada aos interesses dos sindicalistas.

É comum que os organismos sindicais tenham dificuldade em lutar por questões sanitárias, nos períodos em que há aumento das taxas de desemprego, visto que o principal objetivo torna-se a garantia do emprego. Além disso, a convivência de empregados diretos e terceirizados nas mesmas empresas, tem contribuído para enfraquecer a organização dos trabalhadores, uma vez que os terceirizados costumam ter muito mais receio de represálias caso participem dos movimentos sindicais, como foi descrito por Júlia. As novas configurações da esquerda brasileira após o governo Lula e a cooptação das grandes centrais sindicais pelo governo também têm favorecido a fragmentação dessas centrais e o acirramento das disputas políticas dentro dos próprios sindicatos. Apesar disso, nota-se uma crescente preocupação de alguns sindicatos da região de Campinas por questões relativas à saúde porque as denúncias de superexploração no trabalho, com o aumento dos casos de doenças osteomusculares e transtornos de saúde mental têm tido destaque entre os trabalhadores. Assim, a luta pela saúde tem sido reconhecida como um ponto importante para o estabelecimento do diálogo com os trabalhadores e sua aproximação dos sindicatos. Dessa forma, o jornal do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região do mês de agosto de 2011 trouxe, em destaque, a notícia a respeito de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado pela empresa metalúrgica contratante da Suna (empresa

em que Júlia trabalhava), em decorrência de uma ação conduzida pelo Ministério Público do Trabalho por conta de assédio moral contra os trabalhadores (122).

Por fim, Júlia e Marcos relataram em seus depoimentos, o mesmo desejo de montar um pequeno negócio e não mais trabalhar como assalariados. Revela-se, assim, os sentimentos ambíguos frente ao trabalho que ora se quer manter, ora se quer livrar-se. Uma fonte de prazer e sofrimento, cuja face nem tão virtuosa também precisa ser trazida à luz dos olhos da sociedade.

CAPÍTULO V

CONVIVENDO COM A DOR: A EXPERIÊNCIA COM OS GRUPOS CONSCIÊNCIA DO MOVIMENTO

*Se a dança é um modo de existir,
cada um de nós possui a sua dança
e o seu movimento, original,
singular e diferenciado (...)*

Klauss Vianna (36)

Para analisar alguns aspectos da experiência de trabalhadores atendidos nos grupos Consciência do Movimento com a Técnica Klauss Vianna (TKV), 16 usuários desses grupos foram entrevistados, mediante um conjunto de questões abertas (**ANEXO 4**). No **APÊNDICE 4**, encontra-se uma tabela com os nomes fictícios dos entrevistados e algumas informações que incluem: idade, ramo da atividade em trabalho, função, tempo na função e diagnósticos.

A análise do material foi realizada a partir dos principais temas identificados nas respostas dos 16 entrevistados (análise de conteúdo temática) e que serão apresentados a seguir.

V. 1. Motivos e efeitos da participação no grupo

Esses motivos e efeitos foram agrupados a partir das respostas às perguntas: **Por que você frequenta o grupo?** e **O que você sente quando participa do grupo?**

As principais razões e efeitos apontados pelos usuários de sua participação no grupo foram: alívio das dores; melhora do alongamento/ flexibilidade; melhora dos movimentos; sensação de leveza corporal; aprendizado de posturas; maior conhecimento do corpo; gosto pela dança; sensação de bem-estar; sociabilidade; efeitos psicológicos; melhora da auto-estima; encaminhamento médico.

Sabe-se que as LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho reúnem um conjunto de enfermidades que se caracterizam por diversos sinais e sintomas, como: dor, formigamento, sensação de edema (inchaço), redução das amplitudes de movimento nas regiões afetadas etc. Entretanto, a dor é um dos sintomas mais presentes no curso das enfermidades osteomusculares relacionadas ao trabalho e, portanto, costuma ser a queixa mais comum entre os pacientes. Os achados das entrevistas realizadas corroboram tal afirmação, visto que o alívio das dores foi citado por 6 dos 16 entrevistados como um dos motivos de sua participação no grupo e por 7 deles como um dos efeitos da técnica Klauss Vianna. Alguns trechos de entrevistas ilustram como os entrevistados vivenciam o alívio das dores:

Eu freqüento por causa das dores que eu sinto e também porque faz bem, né? Às vezes, se eu não tivesse fazendo esse acompanhamento, eu já tinha até operado da LER, do ombro... (Antônio, ajudante geral)

(...) os exercícios me ajudam a superar as dores que eu sinto. Não que eu não sinto dor, mas eu tô aprendendo a controlar melhor a dor através dos exercícios, sem precisar de muito remédio, embora de vez em quando eu tenho que tomar, mas eu tô aprendendo a conviver com ela. Se eu fico um dia ou dois sem vim, eu já me sinto mal, as dores pioram (Joana, montadora de cestas básicas)

Eu sinto muito alívio, principalmente na parte da minha fibromialgia... até hoje nenhuma medicação fez tanto efeito igual o grupo tá fazendo pra mim. E todo ano, quando esfria, eu tenho crise, vivo direto nos hospitais... e depois do grupo, eu sinto dor ainda, mas não aquelas crises que eu tinha antes (Fátima, merendeira)

O primeiro relato foi feito por um homem e os demais por mulheres. É possível perceber diferenças nas representações sociais frente à dor apresentadas por homens e mulheres durante as entrevistas e que podem ser observadas nos relatos acima. No primeiro trecho de entrevista, percebe-se uma expectativa de resolução da dor, no sentido de extirpação da mesma. Já os relatos femininos sugerem uma acomodação frente ao quadro de dor crônica e um maior entendimento da necessidade de ajustes para 'lidar' com a dor e, não, para extingui-la. A respeito dos modos como homens e mulheres vivenciam a experiência dolorosa, há que se considerar o papel da cultura na constituição da dor. De acordo com Sarti (123) certas culturas enaltecem a virilidade dos homens que suportam a dor em silêncio, enquanto às mulheres é permitido que vivenciem seu sofrimento de forma mais explícita. Tal consideração vai ao encontro do que foi relatado pelos entrevistados, que demonstraram certa timidez ao expressarem sua dor, além de explicitarem o desejo de livrarem-se dela. As mulheres, ao

contrário, demonstraram maior compreensão da dor crônica e da necessidade do convívio com a dor.

É possível também que as mulheres tenham sido socializadas para enfrentar a dor com maior resignação porque vivenciam, desde meninas, expectativas para lidarem com a dor das cólicas menstruais e com a dor do parto, situações geralmente já vivenciadas por outras mulheres da família. A expectativa de passar por esses tipos de dor, inerentes à condição feminina, pode produzir um efeito de maior familiaridade com outras experiências de dor ao longo de suas vidas. Sarti (123) refere-se ao corpo como uma linguagem que também é adquirida culturalmente. Dessa forma, a autora aponta que os significados do corpo e da dor são elaborados histórica e culturalmente, “sendo transmitidos pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida” (p.4).

Por meio dos relatos dos entrevistados, foi possível constatar que o uso da técnica Klauss Vianna nos grupos terapêuticos não resulta na eliminação da dor³² (124), mas pode levar a um alívio de sua intensidade e um melhor convívio com a dor:

Depois que eu comecei a freqüentar, eu quase não tenho dor. Quando eu não venho, aí sim, eu fico com dor, passo a semana assim... parece que eu tô meio travada. Quando eu saio daqui, parece que eu saio bem mais leve, o corpo mais leve, a cervical então! Porque eu sou uma pessoa muito tensa, agitada, nervosa, então quando eu venho aqui, eu saio com minha cervical super relaxada, acaba a tensão, a dor, tudo, eu me sinto bem mais leve (Maria, técnica de enfermagem)

Sinto melhora da dor nas costas, já chegou dia de eu levantar chorando, não foram nem um, nem dois dias, vários dias (...) não que eu não tenha mais dores, mas aquelas dores fortes foram embora (Elisa, vendedora)

³² Em alguns grupos terapêuticos do Cerest, costuma-se utilizar os diagramas corporais (Teixeira et al., 1999) como recurso de avaliação periódica da dor. Consistem em figuras humanas com exposição frontal, dorsal e lateral, nas quais os usuários identificam as áreas dolorosas de seu corpo, utilizando cores diferentes para as intensidades forte, média ou fraca. Nota-se que a segunda avaliação realizada após cerca de 3 meses de participação no grupo, costuma indicar redução das áreas dolorosas e da intensidade de dor referida. Entretanto, as avaliações subseqüentes costumam indicar uma ‘estabilização’ da dor referida pelos usuários.

Não sei se por causa da dor, mas tem dias que alguma coisa acontece e eu travo, acho que por causa das dores mesmo. Mas na maioria das vezes, eu me sinto bem com o grupo (Amanda, montadora de cestas básicas)

Além dos aspectos físicos, a metade do total dos usuários entrevistados apontou outros efeitos proporcionados pela experiência grupal: possibilidade de compartilhar experiências e cuidar de si, maior convívio social e melhora da auto-estima.

As LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho podem estar associadas a vários estados de sofrimento emocional, gerados por elementos do próprio trabalho (pressão por produtividade, falta de autonomia, hierarquia rígida etc) ou também decorrentes do complexo processo de adoecimento, que envolve o reconhecimento da enfermidade, os conflitos com empregadores e INSS, a busca por tratamento etc. Como aponta Chiesa et al. (125), os trabalhadores acometidos por LER/DORT podem enfrentar situações de fragilidade emocional devido à autoculpabilização e revolta diante do adoecimento, além das dificuldades encontradas para o enfrentamento dos conflitos com empresas, colegas de trabalho, profissionais de saúde e peritos. Assim, a importância do compartilhamento de experiências por meio de espaços terapêuticos que dêem espaço à voz dos trabalhadores adoecidos têm sido descrita por diversos autores: Chiesa et al.(125); Bernardo (33); Pinto et al.(126); Varandas e Takacura (127) e pode ser confirmada por meio das falas dos usuários entrevistados:

Porque o grupo são pessoas que têm as mesmas coisas, frágeis... a gente ouve bastante as experiências deles e eu falo da minha, então esse grupo tem me ajudado a ficar mais a vontade, a me soltar (Amélia, digitadora)

Sinto as partes do corpo doloridas, mas aliviadas e alívio mental porque a gente dialoga bastante, você se sente livre para falar (Jaime, carregador)

Eu gosto do grupo em todos os sentidos. No sentido psicológico, de conhecer pessoas porque eu quase não tenho ninguém... só mesmo a minha família, mas um grupo assim,

de fora, de outras pessoas, não. Ele me trouxe mais informação no todo, compartilhando informação um com o outro... e o grupo em si por causa dos exercícios. É um momento só nosso, me dá a sensação de estar fazendo algo útil pra mim, é meu momento. Porque na correria do dia-a-dia geralmente a gente faz muito pros outros, pros filhos... é o único dia que eu tenho meu, o resto não é meu (Cláudia, operadora de produção)

Le Breton (1) apontou o caráter social da dor crônica, que afeta os parentes ou o cônjuge, as crianças, os amigos, os colegas de trabalho, os vizinhos, os profissionais de saúde, dentre outros atores sociais. O autor também fez referência à aflição dos doentes, que já não têm com quem compartilhar seu sofrimento devido ao inevitável cansaço da família frente às queixas regulares, e podem encontrar uma “sociabilidade provisória e calorosa nos cafés ou bares, como apoio para a sua identidade” (p. 162).

Nesse sentido, a experiência grupal possibilita o encontro de pessoas que se identificam, o que foi apontado como um efeito positivo do grupo terapêutico. A possibilidade de se relacionar com outras pessoas, seja para partilhar experiências comuns ou para aumentar a rede social, aparece como um efeito importante nos relatos acima. Mesmo quando se refere aos efeitos ‘psicológicos’ decorrentes da experiência grupal, Cláudia explica que o sentido disso é o fato de poder ‘conhecer pessoas’ por meio do grupo.

Alguns termos utilizados pelos entrevistados, como ‘psicológico’ e ‘flexibilidade’ (muscular), são freqüentes nos discursos dos profissionais de saúde e podem ter sido incorporados ao vocabulário dos participantes da pesquisa por meio da experiência grupal e de outros contatos sociais variados. Canesqui (128) em resenha do livro de Le Breton (1) relata que a comunicação das sensações corporais de dor dos pacientes aos médicos se compõem por uma mescla de referências culturais, de imagens da vida cotidiana, das relações com os outros e com o trabalho.

Além da socialização e do compartilhamento de experiências, alguns entrevistados relataram outras sensações percebidas a partir da experiência grupal:

Uma coisa que mudou muito pra mim foi minha autoestima, não sei se você já percebeu no meu rosto, mas a minha autoestima melhorou muito. Eu me sinto mais leve (...) eu ainda sinto muita dor, principalmente quando eu falto... Hoje eu estou bastante dolorida porque ontem eu trabalhei na lixadeira, meu ombro tá bastante atacado... (Janaína, operadora de produção)

O questionamento feito pela entrevistada à pesquisadora a respeito de uma possível mudança em sua aparência é pertinente porque houve uma nítida alteração na expressão corporal e facial da entrevistada após sua iniciação no grupo. O caso dessa trabalhadora reúne situações clássicas do adoecimento por LER. Trata-se de uma trabalhadora inserida no ramo metalúrgico, reconhecidamente gerador de enfermidades osteomusculares. Além disso, há alguns meses, a trabalhadora vinha enfrentando uma situação muito comum entre os adoecidos por LER que envolvia conflitos com a empresa devido ao grande número de atestados apresentados e longos afastamentos prévios, além da discriminação que vinha sofrendo por parte das colegas de trabalho.

Ao iniciar o grupo, a entrevistada queixava-se, freqüentemente, do sofrimento vivenciado por ela na empresa, da vontade de abandonar o trabalho para evitar as situações de humilhação apesar da necessidade da manutenção do emprego por conta dos compromissos familiares e financeiros. Apresentava uma postura corporal curvada, parecendo carregar ‘o mundo nas costas’ e uma expressão facial de tristeza. De fato, após cerca de dois meses no grupo, ela passou a apresentar uma postura mais ereta e aparentava mais alegria e disposição. Chegava eufórica para os encontros e comentava que gostava muito de dançar no grupo e comentou que, agora, já conseguia entrar na fábrica ‘com a cabeça erguida’.³³

³³ O relato da entrevistada ilustra a necessidade entender a dor crônica em relação ao contexto social em que o trabalhador está inserido. Ou seja, não se trata apenas de uma escolha individual em como lidar com o corpo e com a dor porque o conflito Capital-Trabalho-Saúde é o verdadeiro pano de fundo do processo saúde-doença nesses casos. Assim, o relato da entrevistada revela que, apesar do tratamento e de uma melhora parcial, ela sente-se bastante dolorida porque trabalhou na lixadeira no dia anterior. Provavelmente, a decisão de trabalhar nesta máquina não depende exclusivamente de sua vontade e, portanto, não podemos perder de vista que o manejo das dores crônicas relacionadas ao trabalho envolvem constantes negociações com os empregadores e colegas de trabalho, o que não representa uma tarefa fácil para os trabalhadores no cotidiano de trabalho.

O modelo biomédico é pautado pela segregação entre as esferas biológica e psíquica dos sujeitos, inspirada no dualismo cartesiano corpo-alma que distingue o corpo do ser. Segundo essa perspectiva, o corpo é apenas uma extensão, em oposição à alma, onde reside o pensamento, que representa o verdadeiro ser e o único caminho para o conhecimento Nóbrega (129). Segundo Le Breton (20), Descartes também introduziu o conceito do corpo-máquina. Essa concepção de corpo refere-se a um conjunto de peças isoladas, que devem funcionar harmoniosamente e que, ao contrário, deveriam ser substituídas.

De acordo com Nóbrega (129) “a concepção fenomenológica de corpo supera a tradição cartesiana do corpo-máquina e do conhecimento da realidade pautado na lógica racionalista que opõe corpo e mente, sujeito e objeto de conhecimento, entrelaçando corpo e mente, razão e sensibilidade” (p.64). A unidade corpo-mente foi observada pelos entrevistados, que referiram sensações de maior amplitude, indicando uma complementaridade entre as sensações físicas e emocionais:

A gente sente o dia mais leve, o corpo fica mais leve... porque tem dia que você não tá bem, o dia parece que tá pesado... é pesado você carregar aquele dia nas costas (Diana, vendedora)

Você se sente mais útil, você se sente melhor. Eu me sinto até mais mulher, mais feminina (Cláudia, operadora de produção)

Me sinto relaxada, me dá um sentimento de alegria...(Luiza, auxiliar de limpeza)

Um último motivo citado pelos usuários para sua participação no grupo foi o encaminhamento médico, o que reflete um modelo médico-centrado de atenção à saúde. Apesar de haver uma equipe multidisciplinar no Cerest em que todos os profissionais de saúde realizam encaminhamentos aos grupos terapêuticos, os usuários parecem considerar mais relevantes os encaminhamentos realizados pelos médicos. Trata-se da representação social de legitimidade médica que, segundo Boltanski, começa a ser inculcada nos membros das classes trabalhadoras desde a

escola primária, pelos ensinamentos de respeito à ciência e de “submissão aos detentores legítimos do conhecimento médico, os médicos” (130) (p. 29).

Adam e Herzlich (6) afirmam que o contato do doente com o médico nas sociedades industriais contemporâneas é visto como uma ‘obrigação moral’ do doente. Entretanto, dois entrevistados relataram situações em que procuraram serviços de saúde por conta da dor e não tiveram encaminhamento adequado de seus problemas pelos médicos. Ao contrário, estes profissionais apresentaram certa desconfiança quanto às queixas apresentadas pelos entrevistados:

Fui no médico do posto e contei pra ele das minhas dores. Ele me disse que todo mundo tem dor, ele, o Ronaldinho, todo mundo! E não fez nada por mim, só me deu remédio pra tomar (Antônio, ajudante geral)

Cheguei no pronto-socorro uma e meia da manhã, com as costas travada e sabe o que o médico me disse? Ele me perguntou assim, rindo: O que você quer que eu faça por você? E eu disse: Nada!... Levantei e fui embora, louca da vida por ter saído de casa pra ouvir isso. Eles acham que a gente tá mentindo... que a gente só quer atestado pra fugir do batente... (Soraia, auxiliar de produção)

Esses relatos são de extrema relevância porque a dor costuma ser a razão inicial da procura pelo médico nos casos de LER/DORT e lombalgias relacionadas ao trabalho, sendo que a busca por diversos serviços de saúde resulta na piora dos sintomas e na cronificação dos casos. De acordo com Le Breton (1) a primeira tarefa do médico deveria ser curar as causas da dor, fornecendo-lhe sentido, antes de reduzi-la ao silêncio. Além do dever profissional de dar atenção à dor para aqueles que sofrem em razão dela, vale lembrar o caráter universal e, ao mesmo tempo, singular da dor. Tal caráter não permite seu desmerecimento por parte de quem não a conhece porque isso só cabe, realmente, a quem a sente:

A dor é, sem dúvida, a experiência humana mais partilhada para além da morte: nenhum privilegiado reivindica ignorância em relação a ela ou se gaba de a conhecer melhor do que ninguém (Le Breton (1) (p. 23).

V. 2. Mudanças corporais referidas

Quando questionados acerca de possíveis alterações corporais percebidas desde o início da participação no grupo, os usuários apontaram: melhora do alongamento; maior cuidado com o corpo e postura; vontade de fazer alongamentos; melhora dos movimentos; efeitos psicológicos; redução da dor.

Apesar do alívio das dores ter sido um motivo citado por 6 entrevistados para sua participação no grupo e por 7 deles quando perguntados a respeito dos efeitos trazidos pelo grupo, apenas 3 apontaram a redução da dor como uma mudança percebida em seus corpos a partir de sua iniciação no grupo. Como os efeitos do grupo foram obtidos por meio da pergunta **O que você sente quando participa do grupo?**, as respostas devem fazer referência aos efeitos mais momentâneos, àqueles sentidos logo após os encontros.

As mudanças corporais referidas foram reunidas a partir da pergunta **Você percebe alguma diferença em seu corpo desde que iniciou o grupo?** e, dessa forma, abarcaram os efeitos mais duradouros obtidos com a participação nos grupos. Nesse caso, as mudanças corporais mais relatadas pelos entrevistados não foram o alívio da dor e, sim, o aprendizado corporal de posturas e uso mais apropriado do corpo, seja no trabalho ou no cotidiano, que podem também contribuir para o alívio da dor:

Percebo que eu comecei a corrigir a minha postura... é uma diferença tremenda, antes eu não tava nem aí, ficava de qualquer jeito, principalmente assim na questão do trabalho. Agora eu já sinto mais diferença, você se sente mais leve, sente que você tá cuidando, né? (Maria, técnica de enfermagem)

... E de manhã, eu tinha o hábito de pular da cama, mas hoje não. Meu marido fala se eu não vou levantar e eu digo que a gente tem que se espreguiçar bastante! (Diana, vendedora)

Em casa, eu também faço os exercícios (...) meu alongamento melhorou bastante, hoje eu consigo uma soltura melhor do meu corpo. Eu vivia muito contraída, com o ombro

muito mais pra frente... eu tomei uma consciência melhor do movimento do meu corpo
(Cláudia, operadora de produção)

Na verdade, eu tento me corrigir fora daqui, a postura de sentar, andar. Eu aprendi muita coisa para lidar com o corpo, eu não sei muito bem explicar, mas eu aprendi...(Janaína, operadora de produção)

Nesse último trecho, Janaína revela que percebeu mudanças corporais que ela não sabe muito bem explicar, o que coincide com a concepção fenomenológica de corpo apresentada por Merleau-Ponty (131). Para esse filósofo, “o corpo não é um meio intermediário entre o mundo exterior e a consciência, mas possui uma inteligibilidade, uma intenção, um sentido de totalidade que se manifesta no movimento” (129) (p. 53). Merleau Ponty considera que a relação homem-mundo é corporal porque “eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes, sou meu corpo” (131), (p. 207-208).

A análise dos relatos dos entrevistados aponta para um maior cuidado com o corpo a partir da vivência da técnica Klauss Vianna. Essa técnica propicia uma experiência sensível com o próprio corpo, por meio da dança e da experimentação de vários movimentos e posicionamentos do corpo no chão e no espaço, e propicia uma ampliação da ‘escuta do corpo’ (37) e de suas necessidades. Com a utilização dessa técnica nos grupos, nota-se que os pacientes passam a fazer mais referências ao próprio corpo, aos locais mais sensíveis e aos exercícios que mais lhes trazem conforto. Isso é muito importante porque as escolhas corporais que irão fazer, na adoção de posturas no grupo ou no cotidiano, dependerão da atenção que puderem dispensar às necessidades corporais. Assim como discorreu Pierre Lévy (132) a respeito do papel da medicina e de suas técnicas na mediatização do ser humano consigo mesmo:

Nada como as pequenas coisas, que não parecem dizer nada, mas que são muito importantes. Por exemplo, aquilo que comemos: eu sei que quando como certas coisas, quando eu bebo certas coisas, isso me faz mal; meu vizinho,

ele come as mesmas coisas, ele bebe a mesma coisa e isso não lhe faz nenhum mal. Simplesmente, esta capacidade de escutar e de saber aquilo que nos faz mal, ao invés de comer a mesma coisa que os outros, só porque é isso que se deve comer... Portanto, eu penso a educação em saúde, entre outras coisas, como uma educação à sensibilidade a si mesmo e ao seu próprio corpo, uma atenção ao corpo.

Ainda com relação às mudanças corporais referidas a partir da experiência com a técnica Klauss Vianna, outros relatos dos entrevistados evidenciaram a unidade entre o corpo e a mente:

Eu me sinto mais livre em todos os aspectos, tanto para conversar quanto para andar, fazer algum tipo de trabalho. Porque eu tinha muita dificuldade no agachar, para levantar e mesmo no sentar, mas agora eu tenho mais tranquilidade (...) E quando a gente conversa, a gente abre mais a mente, sobre como a gente deve agir (Jaime, carregador)

Quando eu faço o grupo, eu sinto que fico com mais iniciativa, eu fico mais animado... Eu andava mais duro, mais tenso, hoje eu ando com mais facilidade, mais relaxado, não que eu não sinta dor quando eu estou andando... eu sinto dor, mas eu sinto que é melhor, antes eu ficava mais travado (Luiz, eletricista)

O jeito de andar, a postura minha já tá melhorando, o alongamento também... E não tem só a parte física do grupo, a parte da cabeça também dá uma melhorada... Porque a dor no ombro não é só de carregar peso, quando eu fico tenso, nervoso, também dói mais. Então, se diminui a tensão, a dor também melhora (Sebastião, operador de produção)

Os relatos acima podem parecer uma contradição ao que foi dito anteriormente a respeito das diferenças culturais de gênero para lidar com a dor crônica e uma maior compreensão e adaptação das mulheres diante dessa experiência. Os trechos das entrevistas acima sugerem que os três homens compreendem a necessidade de convívio e manejo da dor crônica. Isso pode ter ocorrido porque, apesar de dois deles estarem freqüentando o grupo há menos de

seis meses quando foram entrevistados, os três relataram já ter percorrido muitos serviços de saúde, o que deve ter resultado num acúmulo de informações acerca dos limites dos tratamentos para as dores crônicas. Entretanto, em outros momentos das entrevistas, os três informantes confirmam a dificuldade de aceitação frente à permanência da dor e a vontade de extirpá-la:

Os exercícios vão ajudando a gente, pra gente poder aprender a conviver com o problema para poder eliminar ele, né? (Jaime, carregador)

Eu fico com medo de fazer cirurgia, mas eu tenho vontade, pra ver se eu elimino de uma vez por todas esse problema (Luiz, eletricitista)

Eu já fiz cirurgia no ombro esquerdo... o médico falou para eu melhorar mais o esquerdo, para fazer no direito também (Sebastião, operador de produção)

V. 3. Tratamentos coadjuvantes

Com relação ao uso concomitante de outros tratamentos ou da prática de atividade física, os entrevistados relataram: uso de pomadas ou óleos fitoterápicos; uso de algum tipo de medicação alopática; alongamentos em casa ou no trabalho; Lian Gong; tratamento fisioterapêutico; caminhada e futebol.

Quando questionados acerca de outros tratamentos realizados no passado, 11 informantes relataram a prática anterior de Lian Gong (9 no Cerest e 2 no Centro de Saúde de sua região). Um deles respondeu já ter feito Ginástica Postural no Centro de Saúde³⁴ (133) e 4 relataram nunca terem participado de qualquer tipo de trabalho corporal para o cuidado da dor crônica.

Alguns entrevistados apontaram diferenças entre a técnica Klauss Vianna e o Lian Gong, visto que esse foi utilizado por muitos anos nos grupos do Cerest e muitos dos entrevistados vivenciaram a transição entre a oferta das duas práticas

³⁴ A oferta de práticas de saúde integrativas pelo SUS/ Campinas foi impulsionada pelo Programa Corpo e Movimento, que teve início em 2001. Por meio desse programa, houve a institucionalização de diversas práticas que só ocorriam pontualmente, por iniciativa de alguns profissionais da rede de saúde (Coelho, 2011). Algumas das práticas oferecidas nos centros de saúde e em outros serviços do SUS/Campinas são: acupuntura, crânio-acupuntura, Ginástica Postural, Lian Gong, Sistema *Rio Abierto*, dentre outras. O Ministério da Saúde também vem apoiando a introdução de práticas integrativas e complementares no SUS e aprovou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

nos grupos. Eles referiram o maior conhecimento do corpo estimulado pela técnica Klauss Vianna:

O Lian Gong não me deu a consciência do que eu tava fazendo... por que eu levantava a perna e fazia aquele movimento assim? (mostra o movimento em seu corpo). Eu não sabia o que isso ia me dar, aonde atingir... É uma coisa meio sistemática demais, eu não sei bem explicar... sempre a mesma coisa, começa e termina, aí começa e termina (...). O Klauss Vianna dá essa consciência do movimento, ele amplia seu movimento, ele te fortifica (...) e me ensina muito mais a conviver comigo mesma (Cláudia, operadora de produção)

Nesse (técnica Klauss Vianna), você tem mais liberdade de expressão... e você interage com as pessoas que tão participando também (Luiza, auxiliar de limpeza)

O Lian Gong é uma ginástica chinesa que se constitui por 3 séries de 18 exercícios para membros superiores, membros inferiores e coluna, utilizadas para a prevenção e tratamento de dores musculares e articulares³⁵ (134). No caso do tratamento de trabalhadores adoecidos por LER/DORT, pesquisas apontam resultados positivos com o uso dessa prática: Bilharinho Júnior (135), Livramento et al. (136). Da mesma forma, os entrevistados também relataram benefícios percebidos com a prática do Lian Gong, sendo que 2 deles ainda a realizavam em centros de saúde. Por outro lado, os relatos que compararam as duas técnicas destacaram a importância do resgate de um contato sensível com o próprio corpo, do ‘despertar do corpo’. Os corpos dos trabalhadores são ‘anestesiados’ ao longo da vida, no cotidiano, e pelo exercício de trabalhos repetitivos e monótonos. Assim, uma prática corporal que promova o contato sensível³⁶ com o corpo pode resultar em no maior conhecimento do corpo e de suas necessidades, com o conseqüente alívio dos sintomas. De acordo com Klauss Vianna (36):

³⁵ O Lian Gong foi desenvolvida na China, na década de 1960, pelo Dr. Zhuang Yuen Ming, um médico ortopedista da Tradicional Medicina Chinesa. Baseia-se no *Tui Na*, que é uma arte fisioterápica chinesa milenar, e nos trabalhos corporais chineses (Manual do Lian Gong).

³⁶ De acordo com Nóbrega (2009), outras técnicas baseiam suas propostas no resgate da sensibilidade e, dentre elas, estão: a Antiginástica, a Eutonia, o método Feldenkrais, a Bioenergética, o método Dança-Educação Física e algumas técnicas orientais (Yoga, Do-In, Tai T'Chi Chuan). Segundo a autora, o processo de conscientização corporal de percepção do corpo pode ser vivenciado por quaisquer manifestações motoras que se contraponham à racionalização dos processos corporais e da atividade motora e que foquem seu trabalho no resgate da sensibilidade.

A todo instante somos submetidos a uma série de condicionamentos sociais e culturais. De acordo com a lógica e a disciplina de um mundo orientado para o trabalho, somos levados a mais completa imobilidade e a desempenhar de forma mecânica os gestos. O universo da produção é hoje um universo de trabalho alienado, no qual também o corpo é submetido a um conjunto de práticas de domesticação social (p. 126).

A respeito dos espaços para a realização das práticas corporais, uma consideração importante foi apontada por um dos entrevistados, que já participou de diversos tratamentos no SUS e em clínicas privadas, e referiu-se à necessidade de melhora dos espaços destinados às práticas corporais. Ele descreveu o local onde eram realizados os grupos do centro de saúde do seu bairro e fez algumas comparações com a sala do Cerest:

O lugar que a gente fazia o Lian Gong era numa igreja e tal. O piso era de cimento e a gente não tinha condições de deitar e de rolar, igual a gente tem aqui. Agora aqui, com esse piso de madeira, o espaço adequado, é uma diferença muito grande (...) eu nunca tinha feito tratamento em nenhum outro lugar que tivesse um lugar tão adequado como a gente tem aqui (Luiz, eletricitista)

A fala deste entrevistado vai ao encontro do que a equipe do Cerest tem observado nas capacitações para o tratamento de LER/DORT e lombalgias, realizadas em alguns Centros de Saúde de Campinas. Apesar dos esforços institucionais e dos profissionais de saúde em implementar as práticas de saúde integrativa na rede do SUS/ Campinas, as unidades de saúde carecem de espaços adequados para a realização de práticas corporais. Isso evidencia a hegemonia do modelo biomédico, centrado no exercício profissional do médico. Os centros de saúde possuem muitos consultórios, mas é raro encontrar uma sala com tamanho e piso adequados para a realização das práticas corporais. Nos grupos Consciência do Movimento, ao chegarem pela primeira vez e deixarem os

sapatos na porta para se deitarem no chão, os usuários expressam um estranhamento inicial porque, na maioria das vezes, o serviço de saúde não é um local para o cuidado do corpo.

Nesse sentido, pode-se dizer que os serviços de saúde são cartesianos em suas práticas, assim como Nóbrega (129) afirmou ser a escola:

A escola é cartesiana em suas práticas, na fragmentação do conhecimento disciplinar, na estrutura física, na qual não há espaço para o corpo, na valorização do racional e na marginalização das disciplinas que tratam do saber sensível. O discurso e a prática pedagógica deveriam abranger o ser humano por inteiro e não aos pedaços (...) No entanto, na escola, nós temos disciplinas que cuidam do intelecto e uma disciplina que cuida do físico, como se fosse possível separar o ser humano em departamentos estanques, ignorando a sua complexidade. Dessa forma, a aprendizagem humana também não pode ser reduzida em função do aspecto lógico, relegando a planos inferiores a sensibilidade (p.56).

Ainda a respeito dos tratamentos, uma das entrevistadas relatou que nunca havia feito qualquer atividade corporal terapêutica prévia, mas afirmou que o médico do centro de saúde recomendou que ela procurasse fazer Reeducação Postural Global (RPG), um tipo de tratamento que não é oferecido pelo SUS. Ele não a encaminhou para nenhum outro tratamento disponível na rede de saúde:

Fui no postinho e aí o médico pediu pra mim fazer várias fisioterapias, e pediu pra mim fazer o tal RPG, ele falou assim pra mim: “Olha, não vai melhorar se você não fizer isso aqui, tá?” Mas eu falei que não tinha convênio... e ele disse que era a única coisa que ia ajudar a amenizar a minha dor (Elisa, vendedora)

Assim como na escola, também na saúde há um certo desmerecimento das práticas corporais grupais, que são vistas como marginais à boa prática clínica. Por outro lado, há que se reconhecer que certos casos exigem atendimentos individuais de fisioterapia e de outras especialidades profissionais. Nesse sentido,

o SUS/Campinas encontra-se bastante defasado, pela falta de profissionais e longa fila de espera para diversas especialidades, como cirurgias ortopédicas e fisioterapia. Isso resulta no encaminhamento de casos graves, que necessitariam cuidados individuais, para grupos terapêuticos, no elevado consumo de medicamentos analgésicos e antiinflamatórios e em indicações precoces de cirurgia.

Todos os entrevistados relataram que já haviam consumido grande quantidade de medicamentos e 7 deles afirmaram que continuavam fazendo uso de medicação. Alguns deles referiram uma diminuição na quantidade de medicamentos ingeridos e em sua frequência de uso:

No momento, estou sem remédio mas eu sei que eu preciso porque tem dia que eu tenho muita crise. Porque eu te falei, depende do serviço... ontem eu trabalhei na lixadeira, hoje eu to bem dolorida mesmo (Janaína, operadora de produção)

Eu procuro não tomar porque antes de vir pra cá fazer esses grupos, eu me intoxiquei de remédio... eu tomava de 8 em 8 horas, todos os dias. Era assim: acabava uma cartela, o doutor me dava receita, eu pegava no postinho, é lógico que o postinho não ia dar muito, aí eu comprava outra cartela, uma coisa que não tinha fim (...) Hoje, raramente eu tenho dor e o que resolveu não foi remédio, foi depois que eu comecei a alongar... (Diana, vendedora)

Agora, eu to tomando o medicamento que a Dra. Vera me passou para tirar a dor porque eu tava muito atacada da coluna e da perna... acho que é de ficar muito tempo em pé, na beira da esteira e ter que andar muito pra pegar o ônibus (Joana, montadora de cestas básicas)

Para falar a verdade, eu tomo quase todos os dias, é raro eu não tomar. O que eu mais uso pra dor é aquele paracetamol (Cláudia, operadora de produção)

Todos os relatos acima foram dados por entrevistados que estão trabalhando, sendo possível observar uma relação entre o trabalho dos entrevistados e a necessidade de consumir medicamentos para aliviar a dor. O

último trecho de entrevista chama a atenção porque, apesar de ter sido uma das únicas entrevistadas a relatar a necessidade de uso diário de medicamentos, foi também uma das informantes que mais relatou aspectos positivos da técnica para si, o que reforça a possibilidade de que a técnica Klauss Vianna melhore o bem-estar geral, mesmo com a permanência da dor.

Por fim, os entrevistados foram questionados acerca de outros tratamentos já indicados a eles para o tratamento da dor crônica. Dos entrevistados, 7 responderam já haviam recebido indicação cirúrgica (3 para ombros; 2 para punhos e 2 para coluna). Em todos os casos, os entrevistados ainda não tinham realizado nenhum outro tipo de tratamento, além do uso de medicamentos. Destes, apenas dois foram submetidos à cirurgia porque os demais conseguiram encaminhamento para outros serviços de saúde e puderam experimentar outras terapêuticas:

(...) o neurologista tinha dito que se eu continuasse com a dor, teria que fazer cirurgia. Aí, eu falei que só faria cirurgia se eu não agüentasse mesmo, se acontecesse de eu travar e não ter jeito... (Maria, técnica de enfermagem)

A médica do posto de saúde disse que eu precisava de cirurgia no meu braço (...) o perito disse que se fosse ele, não faria porque muitas vezes não dá certo. Teria que ser em 3 lugares: no ombro, no cotovelo e no punho. E eu vejo muitas amigas que não ficaram bem com a cirurgia (Joana, montadora de cestas básicas)

Além da carência de tratamentos na rede SUS/Campinas, as indicações precoces de cirurgia, que também ocorrem nos atendimentos realizados nos convênios particulares, evidenciam a atualidade do conceito de corpo-máquina. Apesar da admiração da ciência frente à “máquina maravilhosa”, Le Breton (20) afirma que certo discurso médico considera o corpo como “mero suporte da pessoa, totalmente à parte do sujeito”, sobre o qual a ciência precisa intervir para melhorar e tornar mais eficiente.

V. 4. Técnica Klauss Vianna e grupos Consciência do Movimento: uma proposta para a sensibilização do corpo e a ampliação da saúde

A análise de aspectos da experiência de trabalhadores com os grupos Consciência do Movimento, nos quais se utiliza a técnica Klauss Vianna, revelou que essa terapêutica não elimina a dor, mas pode propiciar um maior conhecimento do corpo e de maneiras mais confortáveis para utilizá-lo no dia-a-dia e no trabalho, resultando em melhor convívio com a dor. Os trabalhadores que sofrem de dor crônica relacionada ao trabalho chegam aos serviços de saúde com corpos rígidos e 'anestesiados' devido à exploração a que são submetidos em trabalhos repetitivos, forçados e monótonos. Nesse sentido, é importante que os tratamentos destinados a eles permitam uma (re) apropriação do corpo pelos trabalhadores, por meio de práticas de cuidado sensível do corpo, que não se limitem a uma repetição de gestos e de posturas considerados corretos pelos profissionais de saúde.

Os limites do modelo biomédico no cuidado da dor crônica relacionada ao trabalho foram evidenciados pelo incentivo do consumo de medicamentos e intervenções cirúrgicas, realizado por alguns médicos que atenderam os entrevistados. Apesar da escassez de recursos terapêuticos no SUS/Campinas, grande parte dos centros de saúde oferecem práticas corporais como o Lian Gong e a ginástica postural. Entretanto, poucos entrevistados relataram uma experiência prévia com esses tratamentos, apesar de terem percorrido muitos serviços de saúde.

A unidade corpo-mente também foi confirmada pelos entrevistados que, apesar de vivenciarem uma técnica focada no trabalho corporal, referiram sensações mais amplas do que aquelas puramente físicas, como o aumento da autoestima, do entusiasmo e da alegria. Além disso, os grupos terapêuticos auxiliaram na socialização da experiência com as dores crônicas relacionadas ao trabalho e os entrevistados relataram a importância de um espaço em que possam compartilhar o sofrimento e as formas para lidar com as novas situações de vida.

CONCLUSÃO

(...) Dois meses na montagem, eu fazia muito esforço, meus dedos ficavam em carne viva. Porque como eu era rápida pra colocar os componentes, eles tiraram as pessoas de lá e colocaram só eu pra fazer aquele trabalho (Júlia)

E cada dia eles vão enxugando o quadro, é uma questão operacional: se existia 30 operadores no setor, hoje só tem 18. E a produção aumentou (Marcos)

Dá tempo de você fechar os olhos, pensar, sentir seu corpo, coisa que eu nunca senti assim (...) você começa a sentir melhor seu corpo, seus movimentos, suas articulações... é uma coisa assim, é um conjunto, né? (Maria)

Essa pesquisa qualitativa pretendeu analisar a experiência de trabalhadores com as dores crônicas relacionadas ao trabalho (LER/DORT e lombalgias) e com os grupos Consciência do Movimento do Cerest, nos quais se utiliza a técnica Klauss Vianna. Para isso, realizou-se uma breve revisão da literatura acerca dos temas relacionados à pesquisa, a condução de dois estudos de caso para apreensão das histórias de vida temáticas e de suas experiências com a enfermidade e entrevistas com os usuários dos grupos Consciência do Movimento para posterior análise da experiência grupal.

A revisão da literatura encontrou uma grande quantidade de estudos que utilizaram métodos para quantificar a dor crônica, numa tentativa de objetivação da dor ‘sentida’ que não é bem compreendida pelos profissionais de saúde. A importância dessas pesquisas é inquestionável porque os instrumentos que auxiliam em uma certa mensuração da dor contribuem na condução de testes de eficácia de variadas terapêuticas, que são de extrema importância para o alívio da dor crônica. Por outro lado, sendo a dor crônica um fenômeno complexo que não se limita a uma alteração fisiológica ou bioquímica do corpo, é muito importante ampliar o olhar sobre o sujeito que sofre para uma compreensão mais abrangente do que ocorre com ele. Nesse sentido, foi interessante observar que algumas pesquisas avaliaram terapêuticas que buscam tratar a totalidade dos sujeitos, como algumas práticas de saúde integrativa.

A revisão da literatura apontou também que não são apenas os médicos que utilizam os referenciais do modelo biomédico em suas práticas. Alguns profissionais, como os fisioterapeutas, também têm dificuldade em compreender a relação entre a dor crônica e o trabalho e acabam utilizando condutas tecnicistas, limitadas às partes do corpo que estão ‘doentes’. Esses tratamentos não costumam trazer resultados satisfatórios nem para os doentes, nem para os terapeutas, que passam a desacreditar na dor relatada pelos trabalhadores. A falta de conhecimento a respeito do mundo do trabalho parece ser uma das razões para esse ‘descompasso’ entre os profissionais de saúde e os trabalhadores que sofrem de dor crônica relacionada ao trabalho.

A análise das histórias de vida temáticas de Júlia e Marcos revelou que a intersecção entre vida e trabalho fez parte de suas estórias desde a infância. Nos dois casos, as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho como a hibridização dos mecanismos de gestão empresarial e as terceirizações resultaram no aumento da exploração sofrida por eles e no conseqüente surgimento da dor crônica. A busca pelos serviços de saúde à procura de alívio para da dor esbarraram, então, nas dificuldades impostas pelo modelo biomédico. Ambos procuraram diversos médicos, que às custas de escassa investigação clínica, solicitaram muitos exames diagnósticos e não mencionaram a possibilidade de relação dos sintomas com o trabalho. Tal situação ocorre com grande quantidade de trabalhadores que, na falta de entendimento das razões para o declínio do corpo e da produtividade, consomem grande quantidade de medicamentos e vivenciam a cronificação da dor enquanto buscam sua legitimação pela medicina.

No trabalho, os corpos dos trabalhadores são submetidos a um estado de anestesia porque são disciplinados para a lógica da produção. Considerando que muitos trabalhadores iniciam suas vidas de trabalho na infância, seus corpos são privados da experimentação de movimentos proporcionados pelas brincadeiras, pelos jogos e pelas danças e são moldados apenas para a produtividade. Dessa forma, quando esses corpos começam a ‘acordar’ devido à dor, é muito importante que os serviços de saúde ofereçam recursos que promovam um contato sensível dos trabalhadores com seus corpos.

Nesse sentido, a técnica Klauss Vianna parece ser um recurso que propicia essa sensibilização do corpo. As experiências dos usuários dos grupos Consciência do Movimento com essa técnica evidenciaram que ela não resultou na eliminação da dor, mas propiciou um maior conhecimento do corpo e sensações de bem-estar decorrentes da unidade corpo-mente. Além disso, a experiência grupal promoveu a socialização da dor crônica relacionada ao trabalho e das estratégias para lidar com ela.

O enfrentamento da problemática que envolve as dores crônicas relacionadas ao trabalho não é simples e deve incluir a atuação do poder público,

a participação dos trabalhadores organizados e dos profissionais de saúde. É essencial que os órgãos de fiscalização dos ambientes de trabalho atentem para as questões relativas à saúde dos trabalhadores. As mudanças no mundo do trabalho, que têm gerado o aumento das doenças osteomusculares e dos transtornos mentais, precisam ser denunciadas pelos sindicatos das diversas categorias de trabalhadores e devem ser controladas pelo poder público.

Aos profissionais de saúde cabe o questionamento dos limites do modelo biomédico na compreensão e cuidado das dores crônicas relacionadas ao trabalho para que possam adotar referenciais teóricos mais abrangentes em suas práticas. Os médicos do Cerest, por exemplo, consideram a importância das alterações nos modos de trabalho para a melhora dos quadros de dor e costumam enviar cartas aos empregadores, com solicitações de restrição das atividades repetitivas e inserção de pausas para descanso durante as jornadas de trabalho. Além disso, em algumas situações, são realizadas vistorias nas empresas para a melhora das condições de trabalho.

Muitas terapêuticas ofertadas pelos serviços de saúde vislumbram a mudança de comportamento dos usuários como a solução para seus problemas de saúde e, de certa forma, também tentam submeter o corpo a uma certa 'domesticação'. Dessa forma, palestras e aulas são conduzidas para fazer as pessoas 'entenderem' quais os modos mais corretos para se dormir, carregar peso e para se livrarem das doenças. Além da priorização do intelecto, no lugar da experiência 'sentida', muitas vezes se subestima o contexto em que as pessoas vivem. Por exemplo, no caso das lombalgias relacionadas ao trabalho, é muito comum que sejam dadas explicações a respeito do levantamento de cargas do chão. Entretanto, alguns tipos de trabalho estão organizados de tal forma que dificultam a adoção de posturas corretas porque o ritmo é acelerado, há metas de produção excessivas e poucos trabalhadores para realizarem todo o serviço. Assim, a responsabilidade individual no cuidado da saúde deve ser relativizado porque, nem sempre, há possibilidade de 'livre escolha' e os profissionais de saúde devem estar atentos a isso para não adotarem condutas autoritárias e meramente 'técnicas'.

A utilização de uma abordagem biopsicossocial nas práticas de saúde conduzidas pelas equipes multiprofissionais, que levem em conta a complexidade da dor crônica relacionada ao trabalho, as dificuldades de sua resolução e as possibilidades terapêuticas para diminuir tais tipos de sofrimento, podem reduzir a frustração dos profissionais de saúde e contribuir na ampliação da saúde e na potencialização da vida dos trabalhadores que sofrem com a dor crônica.

REFERÊNCIAS

1. Le Breton D. Compreender a Dor: Portugal:Estrela Polar; 2007.
2. Lima MAG, Trad LAB. Dor crônica: objeto insubordinado. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2008;15(1):117-33.
3. Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos: São Paulo: Hucitec 2007.
4. Ministério da Saúde. Doenças crônicas não-transmissíveis. Acesso em 8 de jan de 2012. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877;Brasília (DF);2008
5. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 1993;9(3):263-71.
6. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da Medicina. Tradução L. Pelegrin. 1994 ed. Bauru: EDUSC; 2001.
7. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(4):743-56.
8. Spink PK. O pesquisador conversador no cotidiano. Psicologia & Sociedade. 2008;20(spe edição):70-7.
9. Corrêa A. Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 1997;5(1):83-8.
10. Schutz A. Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro: Biblioteca de Ciências Sociais - Zahar; 1979.
11. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000.
12. Barros NF, Adams J, Tovey P. Investigações Qualitativas em Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas. In: Barros NC, GJ; Turato ER. , editor. Pesquisa Qualitativa em Saúde - Múltiplos Olhares: Campinas:Kompasso; 2005.
13. Pereira LTK, Godoy DMA, Terçariol D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2009;22(3):422-9.

14. Günther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006;22(2):201-9.
15. Queiroz MIP. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". *Ciência e Cultura*. 1987;39 (3):272-86.
16. Briochi LRT, M. H. B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Ciência e Cultura*. 1987;36(7):631-7.
17. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2006;15(4):679-84.
18. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. Minayo M, Deslandes S, editors. Petropolis: Vozes; 2007.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
20. Le Breton D. Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade: Campinas:Papirus; 2003.
21. Ministério da saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. . Série A. Normas e Manuais Técnicos n.114; Brasília (DF); 2001.
22. Assunção AA. Sistema Músculo-Esquelético: Lesões por Esforços Repetitivos (LER). In: Mendes R, editor. *Patologia do Trabalho*. Rio de janeiro: Atheneu; 1995. p. 173-98.
23. Yeng L, Teixeira M, Romano M, Picarelli H, Settimi M, Greve J. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. *Revista de Medicina (São Paulo)*. 2001;80(spec Nº: pt.2):422-42.
24. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de 2009. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_111202-105616-011.pdf; Brasília(DF);2009.
25. Iguti AM, Hoehne EL. Lombalgias e Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2004;28(107/108):78-87.
26. Calori M, Botelho MB. Metodologia dos programas de Escola de Coluna: uma revisão da literatura biomédica. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi; 2004.

27. Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(11):2672-80.
28. Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2008;12(1):49-56.
29. Nardi HC. Saúde do Trabalhador. In: Cattani AD, editor. Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petropolis: Vozes; 1987. p. 219-24.
30. Secretaria municipal de saúde de Campinas. CRST Campinas: 17 anos de construção pela saúde do trabalhador. Campinas: Caderno de artigos; 2003.
31. L'Abbate S. Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo: Hucitec; 2011.
32. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. Acesso em: 9 de set de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1; Brasília (DF);2011
33. Bernardo MH. Grupos terapêuticos para trabalhadores com LER/DORT: a experiência de Campinas. In: Takashi MABC, Vilela RAG, editors. A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário, experiências e perspectivas. São Paulo: Caderno de artigos da 1ª Conferência de saúde do trabalhador e saúde ambiental de Piracicaba e regiões; 2003. p. 91-2.
34. Garbin ADC. A experiência interdisciplinar dos grupos de vivência para portadores de LER/DORT-CEREST/SP. In: Takashi MABC, Vilela RA, editors. A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário, experiências e perspectivas
Caderno de Artigos. I Conferência de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental de Piracicaba e região.; 2003. p. 93-5.
35. Yeng LT. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. In: Teixeira MJ, editor. Dor: manual para o clínico. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.
36. Vianna K. A dança. 3 ed. São Paulo: Summus; 2005.

37. Miller J. A escuta do corpo: sistematização da técnica Klauss Vianna. . 1 ed. São Paulo: Summus; 2007.
38. Bolsanello D. Educação somática: o corpo enquanto experiência. Motriz: Revista de Educação Física. 2005;11(2):89-96.
39. Mauss M. Sociologia e Antropologia São Paulo: E.P.U.; 1974.
40. Rodrigues JC. Os corpos na Antropologia. In: Minayo MCS, Coimbra JR, editors. Críticas e atuantes - Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,; 2005.
41. Resende CM. Saúde e corpo em movimento: contribuições para uma formalização teórica e prática do método Angel Vianna de Conscientização do Movimento como um instrumento terapêutico. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
42. Ministério da saúde. Portaria 1395/ Política Nacional de Saúde do Idoso. Acesso em 12 de dez de 2012 1999. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf; Brasília (DF);1999
43. Ministério da saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Secretaria de Vigilância à saúde. Secretaria de atenção à saúde. Acesso em: 8 de nov de 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>; Brasília (DF);2008.
44. Alencar J, Coury H, Oishi J. Aspectos relevantes no diagnóstico de dor e fibromialgia. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2009;13(1):52-8.
45. Neubern MS. Psicoterapia, dor & Complexidade: Construindo o contexto terapêutico. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010;26 (3):515-23.
46. Cavaliere MLA, Souza JMA, Barbosa JSO. Representações da relação entre exercício físico e saúde por pacientes fibromiálgicos. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(4):1325-39.
47. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006;59(4):509-13.

48. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43 (4):622-30.
49. Silva CD, Ferraz GC, Souza LAF, Cruz LVS, Stival MM, Pereira LV. Prevalência de dor crônica em estudantes universitários de enfermagem. . *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2011;20(3):319-25.
50. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(2):377-85.
51. Dellarozza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(5):1151-60.
52. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2003;61(2B):416-25.
53. Lima MAG, Trad LAB. "Circuloterapia": uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21(1):217-36.
54. Almeida APF, Sousa ER, Fortes S, Minayo MCS. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2008;8(1):83-91.
55. Baptista PCP, Merighi MAB, Silva A. Angústia de mulheres trabalhadoras de enfermagem que adoecem por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(3):438-44.
56. Andrusaitis SF, Oliveira RP, Barros Filho TEP. Estudo da prevalência e fatores de risco da lombalgia em caminhoneiros do estado de São Paulo. *Clinics*. 2006;61(6):503-10.
57. Siqueira G, Cahú F, Vieira R. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2008;12(3):222-7.

58. Fernandes RCP, Carvalho FM, Assunção AA. A Prevalência de distúrbios músculoesqueléticos em trabalhadores da indústria plástica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(1):78-86.
59. Álvares TT, Lima MEA. Fibromialgia: interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):803-12.
60. Ramos MZ, Bianchessi DLC, Merlo ÁRC, Poersch AL, Veeck C, Heislle SZ, et al. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. *Estudos de Psicologia*. 2010;15 (2):207-15.
61. Ghisleni AP, Merlo ARC. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(2):171-6.
62. Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLdC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):821-30.
63. Varela CDS, Ferreira SL. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de LER/DORT em Salvador-Bahia 1998-2002. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004;57(3):321-5.
64. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005;13(3):364-73.
65. Caetano VC, Cruz DTd, Leite ICG. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. *Fisioterapia em Movimento*. 2010;23(3):451-60.
66. Chiavegato Filho LG, Pereira Jr. A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004;8(14):149-62.
67. Amaral Filho ACC, Marczyk LRS. Efeitos da titulação de doses no perfil de tolerabilidade de Tramadol de liberação prolongada* em pacientes com dor crônica não-oncológica. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2003;11(4):211-9.

68. Unno EK, Sakata RK, Issy AM. Estudo comparativo entre toxina botulínica e bupivacaína para infiltração de pontos-gatilho em síndrome miofascial crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2005;55(2):250-5.
69. Lauretti GR, Matsumoto M, Mattos AL, Lanchote V, Pereira NL. Avaliação clínica e laboratorial da cetamina transdérmica, do fentanil transdérmico, da clonidina transdérmica ou suas associações na dor lombar crônica. *Coluna/Columna*. 2009;8(4):434-40.
70. Pimenta CAM, Teixeira MJ, Correa CF, Müller FS, Goes FCG, Marcon RM. Alívio da dor crônica não neoplásica com opiáceos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1999;7(4):65-73.
71. Ribeiro S, Schmidt AP, Schmidt SRG. O uso de opióides no tratamento da dor crônica não oncológica: o papel da metadona. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2002;52(5):644-51.
72. Kurita GP, Pimenta CAM, Nobre MRC. Opióides e a cognição de doentes com dor crônica: revisão sistemática. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008;54(6):529-36.
73. Nascimento DCH, Sakata RK. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Revista dor* 2011;12 (2):160-5.
74. Facci LM, Nowotny JP, Tormem F, Trevisani VFM. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and interferential currents (IFC) in patients with nonspecific chronic low back pain: randomized clinical trial. *Sao Paulo Medical Journal*. 2011;129(4):206-16.
75. Machado GF, Bigolin SE. Estudo comparativo de casos entre a mobilização neural e um programa de alongamento muscular em lombálgicos crônicos. *Fisioterapia em Movimento*. 2010;23 (4):545-54.
76. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2010;18(3):127-31.
77. Merlo ARC, Jacques MGC, Hoefel MGL. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2001;14(1):253-8.

78. Araujo-Soares V, McIntyre T. É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crônica. *Psic, Saúde & Doenças* 2000;1(1):101-12.
79. Vale NB. Analgesia adjuvante e alternativa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2006;56(5):530-55.
80. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007;34(1):82-7.
81. Braz AS, Paula AP, Diniz MFFM, Almeida RN. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2011;51(3):275-82.
82. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;12(2):235-41.
83. Marta IER, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, Silva MJP. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(4):1100-6.
84. Silva EB, Araújo MEA, Vieira PC, Cader SA, Mello DB, Dantas EHM. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao método Pilates. *Motriz: Revista de Educação Física*. 2010;16(4):958-66.
85. Vialle LR, Vialle EN, Henao JES, Giraldo G. Hérnia discal lombar. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2010;45(3):17-22.
86. Rocha QMW, Sakata RK, Issy AM. Lombociatalgia: comparação da analgesia entre metilprednisolona, fentanil e metilprednisolona com fentanil, associados à bupivacaína, por via peridural. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2001;51(5):407-13.
87. Garcia Filho RJ, Korukian M, Santos FPE, Viola DCM, Puertas EB. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para

- avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2006;14(1):11-6.
88. Falavigna A, Righesso N. O, Bossardi J, Hoesker T, Gasperin PC, Silva PG, et al. Qual a relevância dos sinais e sintomas no prognóstico de pacientes com hérnia de disco lombar? *Coluna/Columna*. 2010;9(2):186-92.
89. Andrade SC, Araújo AGR, Vilar MJP. Escola de Coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2005;45(4):224-8.
90. Macedo CSG, Debiagi PC, Andrade FM. Efeito do isostretching na resistência muscular de abdominais, glúteo máximo e extensores de tronco, incapacidade e dor em pacientes com lombalgia. *Fisioterapia em Movimento*. 2010;23(1):113-20.
91. Techy A, Siena C, Helfenstein Jr. M. O exercício legal da medicina em LER/DORT. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2009;49(4):473-9.
92. Salim CA. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em Perspectiva*. 2003;17(1):11-24.
93. Neves RF, Nunes MO. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(30):55-66.
94. Merlo ARC, Vaz MA, Spode CB, Elbern JLG, Karkow ARM, Vieira PRB. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia & Sociedade*. 2003;15(1):117-36.
95. Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):211-20.
96. Barbosa MSA, Santos RM, Trezza MCSF. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007;60(3):491-6.
97. Echeverria ALPB, Pereira MEC. A dimensão psicopatológica da LER/DORT (Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao

- trabalho). Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2007;10(4):577-90.
98. Vilela RAG, Ferreira MAL. Nem tudo brilha na produção de jóias de Limeira - SP. Produção. 2008;18(1):183-94.
99. Navarro VL. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(2):32-41.
100. Niosh. Child Labor Research Needs. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-143/>; 1997.
101. Marx K. O Capital – Crítica da Economia Política. Volume I. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultural; 1985.
102. Antunes R. O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.
103. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde – trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
104. Albuquerque P, Pazinato P. Trabalho: análise das representações sociais através da leitura da história. In: <http://www.psicologia.pt/>, editor. <http://wwwpsicologiapt/artigos/textos/A0562pdf2011>.
105. Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(2):570-9.
106. Dejours C. A loucura do trabalho. 5 ed. São Paulo: Oboré; 1992.
107. Linhart R. Greve na fábrica. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
108. Bernardo MH. Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência dos trabalhadores. 1 ed: Expressão Popular; 2009.
109. Lopes JCCL. A voz do dono e o dono da voz – trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril. São Paulo: Hucitec; 2000.
110. Maeno M, Almeida IM, Martins MC, Toledo LF, Paparelli R. Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Ministerio da Saúde do Brasil; Brasília(DF);2001.

111. Menezes MLP. Tendências Atuais das Migrações Internas no Brasil Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales Universidad de Barcelona 2000.
112. Solaney E. Retratos do trabalho infantil no Brasil: Erradicar o Trabalho Infantil no Brasil! <http://pontooutraspalavrasnet/2011/06/23/erradicar-trabalho-infantil-brasil/#more-3119>: <http://ponto.outraspalavras.net/>; 2011.
113. Alves E. Migração rural-urbana, agricultura familiar e novas tecnologias. Embrapa Informação Tecnológica,; Livros técnicos (INFOTECA); 2006. p. 181.
114. Merlo ARC, Lapis NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. Psicologia & Sociedade. 2007;19(1):61-8.
115. Abramides MBC, Cabral MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(1):3-10.
116. Ribeiro AR, Tagamor CR, Arruda ARC, Bertoncello D. Implementação de rotação de trabalho em uma metalúrgica de produtos eletrônicos. Gepros - Gestão da Produção Operações e Sistemas. 2007;2(3):65-76.
117. Pochmann M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. Estudos Avançados. 2009;23(66):41-52.
118. Ministério da Previdência Social. Lei 8.213/1991. Diário Oficial da União; 14 de ago 1991,;Brasília(DF);1991
119. Lemos F. A representação social da masculinidade na religiosidade contemporânea. Revista Netmal - Universidade Metodista de São Paulo. 2007;1:3.
120. Lima S. Crise eleva busca por concursos públicos. 1de fev de 2009.Caderno Mercado. Folha de São Paulo. Acesso em: 25 de out de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi0102200909.htm>.
121. Ministério do Trabalho e Emprego. Dia Mundial da Saúde e Segurança no Trabalho. 6 de nov de 2011. Fundacentro;Brasília(DF) 2008.
122. Folha de Metal. Jornal do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e região. 2011;12(247)

123. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*. 2001;10(1):3-13.
124. Teixeira MJ, Pimenta CAM, Grossi SAA, Cruz DALM. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica *Revista de Medicina (São Paulo)*. 1999;78(2):85-114.
125. Chiesa AM, Garbin AC. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*. 2002:9-25.
126. Pinto PR, Moraes GC, Minghini BV. Confiabilidade de um modelo de avaliação para portadores de LER/DORT: a experiência de um serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2005;9 (1):85-91.
127. Varandas JM, Takacura R, Yoshi R. Atividades terapêuticas na abordagem grupal em saúde do trabalho. *Saúde Coletiva*. 2009;34(6):255-8.
128. Canesqui AM. Resenha de “Compreender a dor” de LE BRETON, D. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15(37):613-6.
129. Nóbrega TP. *Corporeidade e Educação Física: do corpo-objeto ao corpo-sujeito*. 3 revisada ed. Natal: Editora da UFRN; 2009.
130. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
131. Merleau -Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
132. Lévy P. Árvores de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1999;3(4):143-56.
133. Coelho M. Carta da Saúde. Notícias do SUS, Núcleo de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; 2011; Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/carta_da_saude/ed_14_barao.htm.
134. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas . MANUAL DO LIAN GONG. 2011. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos-humanos/manual_lian_gong_01.pdf;2011
135. Bilharinho jr CR. O Lian Gong como prática instituinte de promoção da saúde no município de Amparo/ SP. [Dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2010.

136. Livramento G, Franco T, Livramento A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT . Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010;35(121):74-86.

ANEXOS

ANEXO 1



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 22/02/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 042/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0064.0.000.146-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A EXPERIÊNCIA COM A DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Pollyanna Regina Pinto

INSTITUIÇÃO: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

APRESENTAÇÃO AO CEP: 03/02/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/02/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Analisar qualitativamente a experiência com a dor crônica relacionada ao trabalho, através de entrevistas semi-estruturadas, de usuários dos grupos terapêuticos de “Consciência do Movimento” do CEREST; Analisar os resultados terapêuticos alcançados pelo emprego da Técnica Klauss Vianna nestes usuários; e Investigar os itinerários terapêuticos anteriores estabelecidos na procura de tratamentos pelos mesmos.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará, como recurso para a coleta de dados, a formulação de perguntas através de entrevistas semi-estruturadas (que serão gravadas) e a aplicação de Diagramas Corporais para a localização da dor e de sua intensidade. Os sujeitos do estudo serão 15 usuários, adultos de ambos os sexos, dos grupos terapêuticos de "Consciência do Movimento" do CEREST/Campinas. Os critérios de inclusão/exclusão são claros e adequados bem como as metodologias e casuística empregadas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Trata-se de um projeto de Mestrado a ser desenvolvido pela pesquisadora responsável. O projeto será financiado com recursos próprios da pesquisadora. O projeto cumpre os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e a estrutura do mesmo está de acordo com as instruções do CEP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido de forma clara e contém os elementos sugeridos pelo CEP para a elaboração do mesmo (objetivos, justificativas e procedimentos).

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2



CEP, 20/12/11.
(PARECER CEP: Nº 042/2011)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A EXPERIÊNCIA COM A DOR CRÔNICA RELACIONADA AO TRABALHO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Pollyanna Regina Pinto

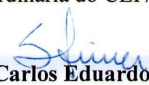
II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a emenda que altera o título para “A EXPERIÊNCIA DOS TRABALHADORES COM A DOR CRÔNICA”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS ESTUDOS DE CASO

Informações: Nome, idade, gênero, naturalidade, estado civil, número de filhos, tempo de residência na zona urbana, tempo de residência em Campinas/ região.

Outras informações: profissão, nível educacional, religião, salário mensal individual, renda familiar mensal.

1. Conte-me sobre a sua vida de trabalho (quando começou a trabalhar, onde já trabalhou etc).
2. Qual o significado do trabalho para você?
3. Você acha que o trabalho interfere na saúde das pessoas? E na sua saúde?
4. Se teve alguma interferência na sua saúde, fale a respeito
5. Você tem ou teve algum problema de saúde? Quais tipos de problemas de saúde?
6. Como você explica estes problemas de saúde? Quais as suas causas?
7. Ao quê você relaciona a necessidade atual de estar sendo acompanhado num serviço de saúde? (caso haja referência a algum dos trabalhos, atual ou anteriores, pedir descrição do processo de trabalho: local, setor da ocupação; tipo de ocupação; tempo de exposição; tipo de condições de trabalho; tipos de tecnologia adotadas; ritmo; jornada de trabalho; condições de trabalho e remuneração).
8. Há outras pessoas com os mesmos problemas que você em seu local de trabalho? Vocês falam sobre isso?
9. Quais foram os primeiros tratamentos que você buscou? Onde você procurou ajuda primeiro? (investigar uso de terapias caseiras, fitoterápicos etc).
10. Você ficou satisfeito com os tratamentos que recebeu? Quais foram esses tratamentos?
11. Você precisou se afastar pelo INSS? Por quanto tempo? Como foram as perícias médicas?
12. Você recebe apoio de seus familiares ou dos colegas de trabalho para o seu problemas de saúde?
13. Você é sindicalizado? O que faz o seu sindicato para melhorar as condições de trabalho dos afiliados?
14. Como você chegou ao CEREST? Por que procurou o CEREST?

15. O que você espera dos tratamentos propostos (fisioterapia e Grupo Consciência do Movimento)?
16. Você está fazendo uso de medicamentos para a dor no momento? Já precisou utilizar no passado?
17. Como você acha que deve ser o tratamento para problemas de saúde semelhantes ao seu?
18. O que mudou em sua vida após esse problema de saúde? (explorar a experiência com a dor crônica)
19. Fale de suas expectativas com relação ao seu futuro profissional.
20. Você quer falar mais alguma coisa?

ANEXO 4

PERGUNTAS PARA AS ENTREVISTAS: GRUPOS CONSCIÊNCIA DO MOVIMENTO

1. Por que você frequenta o grupo?
2. O que você sente quando participa do grupo?
3. Você percebe alguma diferença em seu corpo desde que iniciou o grupo (nos próprios encontros e no dia-a-dia)?
4. Aponte aspectos positivos e negativos do grupo.
5. Você faz mais alguma atividade corporal, além do grupo?
6. Você faz uso de medicamentos para alívio da dor (alopáticos, homeopáticos ou fitoterápicos)?
7. Você já havia feito outra atividade corporal antes do grupo? Qual a diferença para você?
8. Você já recebeu alguma indicação de cirurgia por conta de sua dor músculo-esquelética?
9. Você gostaria de falar mais alguma coisa que não foi perguntada?

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Projeto de mestrado intitulado “**A experiência dos trabalhadores com a dor crônica**” é relativo a uma pesquisa desenvolvida pela fisioterapeuta e mestranda Pollyanna Regina Pinto, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

Os objetivos deste estudo são: analisar a experiência dos usuários que freqüentam os grupos “Consciência do Movimento” do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Campinas; analisar os resultados alcançados pelo emprego da Técnica Klauss Vianna nos grupos “Consciência do Movimento”; analisar os itinerários de homens e mulheres atendidos nesses grupos acerca de sua experiência com a dor crônica diagnosticada como relacionada ao trabalho, assim como os tratamentos já realizados nos diversos serviços de saúde.

Para tanto, além da revisão da literatura acerca do tema, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e gravadas com os usuários dos grupos terapêuticos do CEREST (grupos de “Consciência do Movimento”) que conta com cerca de 15 participantes.

Eu, abaixo-assinado, declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa, estou ciente que as entrevistas poderão ser gravadas e que tenho garantido o anonimato das minhas declarações e que estas serão utilizadas somente para fins acadêmicos. Estou ciente que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo para a continuidade de meu tratamento ou qualquer constrangimento para mim. Estou ciente que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo na realização da referente pesquisa. Assim, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa, através da assinatura deste Termo, do qual ficarei com uma cópia.

Local, data: _____,

____/____/____.

Nome do(a) participante da
entrevista:_____

Autorizo que minha entrevista seja gravada: ☐ SIM ☐ NÃO

Autorizo a utilização do meu nome na pesquisa: ☐ SIM ☐ NÃO

Autorizo a utilização de minhas declarações na pesquisa:

(assinatura)

Pesquisador responsável:_____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com:

Andréa Marques Tavares, coordenadora do Centro de Referência em Saúde do
Trabalhador de Campinas. Telefone: (19) 3272-8025

ou

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui, Departamento de Medicina Social e Preventiva –
FCM/UNICAMP-SP Fone: (19) 3521- 8036 ou (19) 3521-8041

- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP
Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE 1

Tabela 1 - Artigos relacionados à dor crônica, caracterizados segundo primeiro autor, ano e local de publicação, tipo de estudo e tema pesquisado.

Dor Crônica	1º Autor	Ano	Revista	Tipo de estudo	Tema
1	Lima	2008	Hist. Cienc. Saúde- Manguinhos	DC	ASC
2	Souza	2009	Rev. Brasil. Med. Esporte	DC	AB
3	Castro	2009	Arq. Neuro- Psiquirat.	PA	AP
4	Kurita	2008	Rev. Assoc. Med. Bras.	RL	TM
5	Kreling	2006	Rev. Bras. Enfermagem	EE	P
6	Silva	2004	Cad. Saúde Pública	EE	P
7	Lima	2007	Cad. Saúde Pública	PSA	ASC
8	Dellaroza	2008	Rev. Assoc. Med. Bras.	EE	P
9	Sousa	2010	Rev. Latino-Am. Enfermagem	PA	VI
10	Nascimento	2011	Rev. Dor	DC	TM
11	Salveti	2007	Rev. Esc. Enferm. USP	RL	AP
12	Almeida	2008	Rev. Bras. Saúde Mat. Infant.	PSA	ASC
13	Reis	2008	Arq. Neuro- Psiquirat.	EE	P
14	Sá	2009	Rev. Saúde Pública	EE	P
15	Silva	2010	Fisiot. Mov.	RL	IA
16	Lima	2011	Physis	PSA	ASC
17	Pimenta	2000	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	AP
18	Peres	2007	Rev. Psiquiat. Clínica	RL	TNM
19	Maraschin	2010	Fisiot. Mov.	RL	AB
20	Pimenta	2009	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	VI
21	Kurita	2003	Arq. Neuro- Psiquirat.	EE	P
22	Salveti	2005	Rev. Psiquiat. Clínica	PA	VI
23	Camargo	2009	Rev. Bras. Reumat.	RL	IA
24	Abreu	2008	Cad. Saúde Pública	PA	VI
25	Marta	2010	Rev. Esc. Enferm. USP	EC	TNM
26	Andrade	2011	Arq. Neuro- Psiquirat.	DC	IA
27	Almeida	2008	Rev. Bras. Ortop.	EE	P
28	Ribeiro	2002	Rev. Bras. Anestesiol.	RL	TM
29	Cunha	2011	Rev. Dor	PA	IA
30	Bertolini	2011	Arq. Neuro- Psiquirat.	EC	TNM
31	Reis	2011	Rev. Bras. Enfermagem	PA	IA
32	Salveti	2007	Rev. Psiquiat. Clínica	PA	AP
33	Pimenta	1998	Arq. Neuro- Psiquirat.	PA	TM
34	Neubern	2010	Psic: Teoria e Pesquisa	PA	TNM
15	Silva	2010	Fisiot. Mov.	RL	IA
16	Lima	2011	Physis	PSA	ASC
17	Pimenta	2000	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	AP
18	Peres	2007	Rev. Psiquiat. Clínica	RL	TNM
19	Maraschin	2010	Fisiot. Mov.	RL	AB
20	Pimenta	2009	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	VI
21	Kurita	2003	Arq. Neuro- Psiquirat.	EE	P

22	Salveti	2005	Rev. Psiquiat. Clínica	PA	VI
23	Camargo	2009	Rev. Bras. Reumat.	RL	IA
24	Abreu	2008	Cad. Saúde Pública	PA	VI
25	Marta	2010	Rev. Esc. Enferm. USP	EC	TNM
26	Andrade	2011	Arq. Neuro- Psiquiat.	DC	IA
27	Almeida	2008	Rev. Bras. Ortop.	EE	P
28	Ribeiro	2002	Rev. Bras. Anesthesiol.	RL	TM
29	Cunha	2011	Rev. Dor	PA	IA
30	Bertolini	2011	Arq. Neuro- Psiquiat.	EC	TNM
31	Reis	2011	Rev. Bras. Enfermagem	PA	IA
32	Salveti	2007	Rev. Psiquiat. Clínica	PA	AP
33	Pimenta	1998	Arq. Neuro- Psiquiat.	PA	TM
34	Neubern	2010	Psic: Teoria e Pesquisa	PA	TNM
35	Garcia	2011	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	TNM
36	Silva	2011	Texto-contexto Enferm.	EE	P
37	Araújo	2010	Motriz: Rev. Educ. Fís.	EC	TNM
38	Santos	2011	Rev. Dor	PA	TNM
39	Pereira	2010	Fisiot. Mov.	PA	TNM
40	Jacomini	2007	Rev. Bras. Reumat.	RL	AB
41	Pimenta	2006	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	VI
42	Cavalcante	2006	Rev. Bras. Reumat.	RL	P
43	Pimenta	1999	Rev. Latino-Am.Enfermagem	PA	TM
44	Garcia	2011	Rev. Dor	PA	AB
45	Araújo	2010	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	IA
46	Maeda	2006	Rev. Bras. Reumat.	PA	TNM
47	Lauretti	2011	Rev. Dor	PA	TM
48	Kraychete	2010	São Paulo Med. J.	PA	AB
49	Baptista	2011	Rev. Bras. Enferm.	PSA	ASC
50	Braun	2009	Coluna/Columna	DC	TNM
51	Sabbag	2007	Rev. Bras. Med. Esporte	PA	TNM
52	Pereira	2011	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	IA
53	Abreu	2011	Rev. Dor	EC	TNM
54	Vandenberghe	2005	Psicol. Reflex. Crit.	RL	TNM
55	Oliveira	2000	Arq. Neuro- Psiquiat.	DC	AP
56	Lima	2005	Ciência Saúde Coletiva	PA	ASC
57	Machado	2010	Fisiot. Mov.	PA	TNM
58	Vanni	2004	Rev. Bras. Anesthesiol.	PA	TM
59	Colhado	2009	Rev. Bras. Anesthesiol.	DC	AB
60	Kurita	2004	Rev. Esc. Enferm. USP	PA	AdT
61	Leão	2004	Rev. Latino-Am.Enfermagem	PA	TNM
62	Tejeda-Barreras	2010	Coluna/ Columna	EC	TNM
63	Castro	2006	Rev. Bras. Anesthesiol.	PA	AP
64	Daudt	1998	Rev. Assoc. Med. Bras.	PA	TM
65	Rocha	2002	Rev. Bras. Anesthesiol.	RL	TM
66	Unno	2005	Rev. Bras. Anesthesiol.	PA	TM
67	Facci	2011	São Paulo Med. J.	EC	TNM
68	Amaral	2010	Coluna/ Columna	PA	AP
69	Assis	2009	Coluna/ Columna	PA	TNM
70	Vale	2006	Rev. Bras. Anesthesiol.	DC	TNM
71	Barros	2011	Rev. Dor	PA	AB
72	Toledo	2008	Rev. Latino-Am.Enfermagem	PA	VI

73	Rocha	2007	Rev. Bras. Anesthesiol.	DC	AB
74	Vialle	2009	Coluna/ Columna	PA	D
75	Braz	2011	Rev. Bras. Reumat.	RL	TNM
76	Martinez	2006	Rev. Bras. Reumat.	PA	AB
77	Min	1991	Arq. Neuro- Psiquiatr.	PA	IA
78	Costa	2005	Rev. Port. Cien. Desport.	RL	TNM
79	Araújo-Soares	2000	Psic. Saúde & Doenças	PA	TNM
80	Matsuda	2010	Rev. Bras. Reumat.	PA	AB
81	Cavaliere	2010	Physis	PA	TNM
82	Ferreira	2010	Acta Ortop. Bras.	PA	TNM
83	Alencar	2009	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	D
84	Amaral	2003	Acta Ortop. Bras.	EC	TM
85	Lauretti	2009	Coluna/ Columna	EC	TM
86	Assumpção	2010	Ver. Bras. Fisioterapia	PA	IA
87	Bonfá	2008	Rev. Bras. Anestesiologia	RL	TM
88	Oliveira	2010	Coluna/ Columna	RL	TNM
89	Santos	2006	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	IA
90	Merlo	2001	Psicol. Reflex. Crit.	DC	TNM

Legenda:

- Tipos de estudo: Discussão Conceitual (DC); Ensaio Clínico (EC); Estudo Epidemiológico (EE.); Pesquisa Avaliativa (PA); Pesquisa Sócio-Antropológica (PSA); Revisão da literatura (RL)
- Temas: Adesão ao tratamento (AdT); Aspectos biológicos (AB); Aspectos psicológicos (AP); Aspectos sócio-culturais (ASC); Diagnóstico (D); Instrumento de avaliação (IA); Prevalência (P); Tratamento medicamentoso (TM); Tratamento não-medicamentoso (TNM); Validação de instrumento (VI)

APÊNDICE 2

Tabela 2 - Artigos relacionados à lombalgia, caracterizados segundo primeiro autor, ano e local de publicação, tipo de estudo e tema pesquisado.

Lombalgia	1º autor	Ano	Revista	Tipo de estudo	Tema
1	Helfenstein	2010	Rev. Assoc. Med. Bras.	RL	AB
2	Toscano	2001	Rev. Bras. Med. Esporte	DC	AB
3	Jorge	2011	Acta. Ortop. Bras.	PA	D
4	Andrade	2005	Rev. Bras. Reumat.	RL	TNM
5	Andrusaitis	2006	Clinics	EE	P
6	Fernandes	2009	Rev. Saúde Pública	PA	AB
7	Polizelli	2010	Saúde Soc.	PSA	ASC
8	Riberto	2011	Coluna/Columna	PA	VI
9	Ocarino	2009	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	IA
10	Fernandes	2011	Cad. Saúde Pública	EE	P
11	Garcia Filho	2006	Acta Ortop. Bras.	EC	TM
12	Macedo	2010	Fisiot. Mov.	EC	TNM
13	Siqueira	2008	Rev. Bras. Fisioterapia	EE	P
14	Marques	2001	Rev. Hosp. Clínicas	PA	IA
15	Vialle	2010	Rev. Bras. Ortop.	DC	TM
16	Rocha	2001	Rev. Bras. Anesthesiol.	EC	TM
17	Falavigna	2010	Coluna/ Columna	RL	TNM
18	Cecin	1997	Rev. Assoc. Med. Bras.	PA	AB

Legenda:

- Tipos de estudo: Discussão Conceitual (DC); Ensaio Clínico (EC); Estudo Epidemiológico (EE.); Pesquisa Avaliativa (PA); Pesquisa Sócio-Antropológica (PSA); Revisão da literatura (RL)
- Temas: Adesão ao tratamento (AdT); Aspectos biológicos (AB); Aspectos psicológicos (AP); Aspectos sócio-culturais (ASC); Diagnóstico (D); Instrumento de avaliação (IA); Prevalência (P); Tratamento medicamentoso (TM); Tratamento não-medicamentoso (TNM); Validação de instrumento (VI)

APÊNDICE 3

Tabela 3 - Artigos relacionados às LER/DORT, caracterizados segundo primeiro autor, ano e local de publicação, tipo de estudo e tema pesquisado

LER/DORT	1ºAutor	Ano	Revista	Tipo de estudo	Tema
1	Techy	2009	Rev. Bras. Reumat.	DC	ASC
2	Álvares	2010	Ciência Saúde Coletiva	PA	D
3	Neves	2010	Ciência Saúde Coletiva	PSA	ASC
4	Pessoa	2010	Ciência Saúde Coletiva	PA	TNM
5	Echeverria	2007	Rev. Latinoam. Psicopat. Fundam.	DC	AP
6	Varela	2004	Rev. Bras. Enferm.	PA	AB
7	Chiavegato	2004	Interface	DC	ASC
8	Neves	2009	Interface	PSA	ASC
9	Salim	2003	São Paulo Perspect.	DC	ASC
10	Augusto	2008	Rev. Bras. Fisioterapia	PA	TNM
11	Merlo	2003	Psicol. Soc.	PSA	ASC
12	Caetano	2010	Fisiot. Mov.	PA	TNM
13	Murofuse	2005	Rev. Lat-Am Enfermagem	PA	D
14	Ghisleni	2005	Psicol. Reflex. Crit.	DC	ASC
15	Barbosa	2007	Rev. Bras. Enfermagem	PA	ASC
16	Ramos	2010	Estudos Psic. (Natal)	PSA	ASC

Legenda:

- Tipos de estudo: Discussão Conceitual (DC); Ensaio Clínico (EC); Estudo Epidemiológico (EE.); Pesquisa Avaliativa (PA); Pesquisa Sócio-Antropológica (PSA); Revisão da literatura (RL)
- Temas: Adesão ao tratamento (AdT); Aspectos biológicos (AB); Aspectos psicológicos (AP); Aspectos sócio-culturais (ASC); Diagnóstico (D); Instrumento de avaliação (IA); Prevalência (P); Tratamento medicamentoso (TM); Tratamento não-medicamentoso (TNM); Validação de instrumento (VI)

APÊNDICE 4

Tabela 4 – Nomes fictícios dos entrevistados dos Grupos Consciência do Movimento, dados, informações sobre o trabalho e diagnóstico médico.

Entrevistados	Idade	Ramo de atividade	Função	Tempo na função (anos)	Diagnóstico
Amanda	44	Alimentício	Montadora de cestas básicas	11 anos	Tendinite bicipital bilateral
Amélia	55	Telefonia	Digitadora	24 anos	Tendinite do supra-espinhoso direito/ síndrome dolorosa miofascial de trapézios/ tenossinovite de flexores do carpo bilateral/ tendinite dos flexores dos dedos
Antônio	45	Alimentício	Ajudante geral	12	Hérnia cervical/ tendinite supra-espinhoso bilateral/ epicondilite lateral bilateral
Claudia	39	Metalúrgico	Operadora de produção	7 anos	Tendinite do supra-espinhoso direito/ tendinite dos flexores do punho direito
Diana	38	Comércio	Vendedora	17	Bursite de ombro direito
Elisa	48	Comércio	Vendedora	20	Tendinite do supra-espinhoso esquerdo/ tendinite dos extensores do punho esquerdo/ síndrome do túnel do carpo esquerdo/ lombalgia
Jaime	47	Alimentício	Carregador	2	Tendinite bicipital esquerda/ lombalgia
Janaína	36	Metalúrgico	Operadora de produção	13	Espondiloartrose cervical/ síndrome miofascial trapézios/ tendinite do supra-espinhoso esquerdo

Tabela 4 – Nomes fictícios dos entrevistados dos grupos Consciência do Movimento, idade, informações sobre o trabalho e diagnóstico médico.

Entrevistados	Idade	Ramo de atividade	Função	Tempo na função (anos)	Diagnóstico
Joana	47	Alimentício	Montadora de cestas básicas	11 anos	Hérnias discais (cervical e lombar)/ cervicobraquialgia
Jonas	36	Metalúrgico	Operador de produção	16	Tendinite do supra-espinal esquerdo/ epicondilite lateral bilateral
Luiz	51	Serviços	Eletricista	15	Discopatia degenerativa lombar
Luiza	47	Limpeza	Auxiliar de limpeza	6 anos	Cervico-dorso-lombalgia
Maria	36	Saúde	Técnica de Enfermagem	13	Radiculopatia lombar
Sebastião	39	Metalúrgico	Operador de produção	18 anos	Tendinite do supra-espinal bilateral
Soraia	30	Alimentício	Auxiliar de produção	7 anos	Tendinite do supra-espinal bilateral/ síndrome do túnel do carpo bilateral