

Lilian Vieira Magalhães

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.
Campinas, 29 de outubro de 1998.*

Prof. Dra. Ana Maria Canesqui
Orientadora

A DOR DA GENTE:
Representações Sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos

Tese de Doutorado
apresentada
ao Curso de
Pós Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção
do título de doutor
em Saúde Coletiva

orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

Campinas
1998

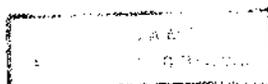


1150038347



FCM

T/UNICAMP M27d



98.10.29

UNIDAV	FCM
N.º de matrícula:	
V.º	Ex. 38347
P.º	229/99
	✓
R\$	R\$ 11,00.
D.º	11/08/99
N.º 020	

FCM/1732

CM-00125403-9

BIBID: 189259

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M27d

Magalhães, Lilian Vieira

A dor da gente: representações sociais sobre as lesões por esforços repetitivos / Lilian Vieira Magalhães. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Ana Maria Canesqui
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Lesões por esforços repetitivos. 2. Saúde e trabalho. I. Ana Maria Canesqui. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

Membros:

1. *Alfina Maria Spini Canesqui*
2. *Lays Esther Rocha*
3. *Solange L. Abbot*
4. *[Signature]*
5. *[Signature]*

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

Data: 29-10-98

Meu pai, Almiro José Vieira, defendeu durante toda a sua vida que os trabalhadores não poderiam jamais negociar pontos referentes às condições de trabalho.

Para ele, os aspectos financeiros podiam ser objeto de discussão, mas a saúde dos operários era algo essencial. Meu pai também pensava que os trabalhadores deveriam exigir programas de educação pública, como exclusiva via de acesso a melhores condições de vida e trabalho, para o conjunto da sociedade.

Por todos os seus contornos, este trabalho é uma pequena prova de que meu pai estava certo. Pai, esta tese eu escrevi iluminada por você.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Ana Maria Canesqui, pela seriedade e dedicação a um projeto singular de compromisso com as transformações sociais e, em especial, pela consciência da responsabilidade da universidade neste cenário, num país com as características do Brasil.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pelo empenho carinhoso em criar condições especiais de trabalho que me permitissem desenvolver este projeto, sob pena de arcar com um aumento de suas próprias atividades, já excessivas.

Aos professores e funcionários do Núcleo de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em especial à Profa. Maria Angélica Tavares de Medeiros que dividiu comigo as tarefas da área de Saúde e Trabalho e ao Prof. Orlando Mario Sociro, pela lição viva de honestidade e dedicação a um projeto sério de ciência e serviço, criando condições objetivas para o desenvolvimento das ações de toda a equipe.

Às auxiliares de pesquisa, Fany Sanches que me acompanhou por pouco tempo, mas de maneira singularmente séria e dedicada, e Vanessa Alves Bazana que permaneceu comigo durante toda a fase de campo do projeto. Devo à Vanessa a parte crucial de uma pesquisa qualitativa: a fidedignidade das transcrições e o respeito aos depoimentos colhidos. A seriedade desta jovem representa um significativo alento às frequentes dificuldades para envolver os estudantes nos programas de iniciação científica, tão desprestigiados na universidade atual.

À Cintia Liana Reis de Silva, pela organização cuidadosa da bibliografia nos últimos dezoito meses e por sua inquebrantável confiança na qualidade do produto final da pesquisa, que criou em mim a tentativa de não decepcioná-la e foi fundamental nos inúmeros momentos de desânimo.

À Coordenadoria de Estudos e Apoio à Pesquisa (CEAP), da PUC- Campinas, pelo suporte oferecido à fase de pesquisa de campo do projeto, através das duas bolsas para as auxiliares de pesquisa.

Aos meus alunos, tão compreensivos durante todo o interminável processo de redação desta tese. Com carinho, paciência e solidariedade, eles deram sentido a um projeto que foi, aos poucos, tornando-se corajosamente coletivo.

Aos colegas do Centro de Reabilitação Profissional (CRP) pela ajuda na seleção dos entrevistados da primeira fase do projeto e pela colaboração “afetiva” durante os momentos mais delicados.

À Profa. Dra. Sonia da Cal Seixas, por sua ajuda e solidariedade nas inúmeras encruzilhadas do trabalho e pela amizade definitiva, que me abriu novos horizontes pessoais e profissionais.

Aos colegas do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (CRST), em especial às médicas Miriam Pedrollo Silvestre e Vera Lúcia Salerno, por toda ajuda, toda lealdade, toda amizade, todas as flores. Nem sempre é possível colocar em palavras os sentimentos.

À Silvana Maria Freitas, terapeuta ocupacional do CRST, pela lição de simplicidade e doçura no trato (tão complexo) com os portadores de LER. Depois desta convivência ficou definitivamente provado que nem tudo está nos livros...

Aos trabalhadores que aceitaram participar do projeto através da concessão das entrevistas, pela compreensão e firmeza exibidas, mesmo quando parecia insuportável examinar certos assuntos. A disposição de falar da dor, colocá-la em termos claros, a um preço pessoal elevado, era, por eles, justificada pela necessidade de colaborar num projeto que pudesse trazer auxílio e alento, não só a eles próprios, mas também aos demais adoecidos. A singeleza dos resultados obtidos aqui, não corresponde, certamente, às suas expectativas, mas me permitiu vivenciar a experiência educativa mais fecunda de toda a minha vida profissional.

À minha grande família - os amigos - que venho, sem merecer, reunindo por todos estes anos. Seria impossível citá-los nominalmente, mas sua fé no acerto de minhas convicções e sua lealdade não me deixaram desistir. Sergio, Sandra, Orlando, Regina, Rosa, Hiro, Vania, Ruth, Robeni, Zezé, Sheila, Tânia Terra..., para citar os mais próximos. Trouxeram palavras, significados, esperanças...

À minha mãe, Maria José e à Sonia, pela casa, pelo abrigo, pelo carinho, enfim, por tudo.

A Daniel e Thiago Vieira Magalhães, meus filhos.

Fomos crescendo junto com a tese e, aos poucos, eles foram assumindo um papel fundamental. Resolveram os macro-problemas dos microcomputadores, assumiram tarefas, aceitaram a minha negligência às suas necessidades, fizeram perguntas, questionaram as respostas, enriqueceram o meu mundo. Trouxeram a vida, na sua melhor e mais fecunda versão. O amor cúmplice e generoso.

SUMÁRIO

RESUMO	1
INTRODUÇÃO	2
1. O uso do conceito de representações sociais em saúde	6
2. Dimensões teóricas das representações sociais	12
3. Objetivos	16
4. Procedimentos metodológicos	17
5. Procedimentos de análise do material	23
Capítulo I AS LER COMO ARENA DE CONFLITOS DAS REPRESENTAÇÕES DOS SABERES ERUDITOS	
I.1 Aspectos históricos	28
I.2 Da saúde ocupacional à saúde dos trabalhadores: representações eruditas sobre as doenças de natureza ocupacional	33
I.3 A caracterização jurídico-pericial das LER no Brasil	44
I.4 As polêmicas acadêmicas em torno das LER	52
I.5 A arena de conflitos entre os saberes médicos eruditos no Brasil	62
I.6 As hipóteses do saber médico erudito para explicar, identificar e prognosticar as LER	66
I.7 As hipóteses relacionadas à causalidade das LER	71
A A problemática da fadiga no trabalho	73
B A associação entre fatores biomecânicos e psicológicos	79
C Os fatores biológicos como causas das LER	83
D Os fatores psicológicos como causas das LER	86
E Os benefícios financeiros e sociais como “causas” das LER	91
Capítulo II AS EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES DO SENSO COMUM SOBRE AS LER	
II.1 Concepções gerais sobre as doenças	96
II.2 A experiência da doença	98
II.3 Afinal, o que está acontecendo com o meu corpo?	102
II.4 A problemática da causalidade da LER	105
II.4.1 O trabalho na gênese das LER	106
II.5 A vivência da dor: a experiência incomunicável	116
II.6 A doença como oportunidade de crescimento pessoal	121
II.7 A vivência estigmatizadora da enfermidade	125
II.8 A gravidade das LER	128
II.9 As limitações funcionais provocadas pelas LER	132
II.10 As possibilidades de prevenção das LER	137

<i>Capítulo III REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS INTERVENÇÕES MÉDICAS E A EXPERIÊNCIA NA CONDIÇÃO DE PACIENTE</i>	
III.1	As hipóteses eruditas relacionadas ao tratamento das LER 142
III.2	As terapêuticas medicamentosas nas LER 148
III.3	A experiência como paciente no interior dos sistemas de tratamento 150
III.4	A vida depois das LER 162
III.5	Os impactos sobre o futuro 166
III.6	As possibilidades de retorno ao trabalho depois das LER 167
III.7	A responsabilidade pelas LER 172
<hr/>	
	<i>CONCLUSÕES</i> 179
<hr/>	
	<i>SUMMARY</i> 189
<hr/>	
	<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> 190
<hr/>	
	<i>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR</i> 211
<hr/>	
	<i>ANEXOS</i> 226
<hr/>	

Resumo

Este estudo parte do reconhecimento da importância que vêm assumindo atualmente as Lesões por Esforços Repetitivos no mundo do trabalho, com impactos sobre as condições de saúde dos trabalhadores.

Trata-se de um fenômeno mórbido de estatuto repleto de indefinição, suspeitas e ambigüidades, cuja legitimação ainda se encontra em processo de constituição e submetida a inúmeros debates.

Assim, o estudo procura, por um lado, apreender as concepções da doença e sua causalidade no interior da literatura médica, segundo as diferentes especialidades, ensejando distintos e controvertidos modelos etiológicos e de intervenção. Por outro lado, o estudo focaliza um grupo de portadores de LER, incluindo segmentos de trabalhadores socialmente diferenciados, explorando-se as concepções da enfermidade, as experiências vividas e projetos para o futuro, bem como seus movimentos na busca de modalidades de ajuda terapêutica (médicas e não médicas).

Trata-se de pesquisa de tipo qualitativo, orientada a partir do enfoque sócio-antropológico, principalmente.

Introdução

Dor é incomunicável.
(Carlos Drummond de Andrade)

Desde a década de 50, as LER (Lesões por Esforços Repetitivos) vêm ocupando grande parte das discussões acadêmicas na área de Medicina do Trabalho e disputas sindicais por melhores condições de trabalho e saúde. Longe de terem sido equacionadas, as notificações da enfermidade atingem níveis alarmantes no Brasil, mas preocupam os organismos de controle ligados aos trabalhadores em todo o mundo industrializado. Os dados mostram que perto de 65% das doenças do trabalho são decorrentes das LER nos EUA e o NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) estima que no ano 2000, 50% da força de trabalho norte-americana sofrerá, em algum grau, de LER. Segundo publicações especializadas, os custos provocados por tratamentos médicos anuais desta enfermidade superam, naquele país, a cifra de 2,7 bilhões de dólares (OLIVEIRA, 1998).

No Brasil, embora não existam dados nacionais oficiais, o DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) registrou em Minas Gerais, em 1996, cerca de 4756 casos de benefícios por LER, chegando as aposentadorias por invalidez a um total de 700, no mesmo período (PÊGO et al., 1998). Obviamente, os custos humanos são inestimáveis. As notificações são provenientes de diversos setores da produção. Assim, encontramos as LER relacionadas a trabalhadores que realizam tarefas que abrangem desde a entrada de

dados em computadores, às atividades de músicos e médicos endoscopistas, conforme assinala OLIVEIRA (1998).

Postas em evidência em razão do impacto social pelo qual são responsabilizadas e, paradoxalmente, postas sob suspeita, pelas mesmas razões, as LER parecem realizar no mundo contemporâneo aquilo que BERLINGÜER (1988) apontou como sendo as missões específicas das doenças, no caso, a de permitir a revisão de dogmas e valores científicos e leigos, bem como das formas mais atuais de sociabilidade. É assim que parece adequado e oportuno identificar de que modo a enfermidade se constitui, nos planos discursivos da literatura médica e no do senso comum, através dos depoimentos de trabalhadores acometidos por LER, e de que maneira se articulam ou não esses saberes, incluindo as concepções que exercem a mediação entre as práticas sociais de enfrentamento e intervenção sobre esta problemática.

Neste caso, a novidade parece confirmar uma tendência anunciada de

“crescimento dos fenômenos patológicos de origem prevalentemente social (doenças antropógenas) em relação àquelas cuja causa é prevalentemente natural (doenças fisiógenas).” (BERLINGUER, 1988, p. 116, grifos originais).

Não obstante, um fenômeno de impacto social e financeiro, como a recente expansão mundial das queixas de LER, contrasta com o exacerbado otimismo acerca das conquistas científicas na área médica. Sobretudo numa conjuntura ufanista, como aquela que vivemos em relação aos avanços científicos e tecnológicos. GARRET (1995) lembra que as décadas posteriores à Segunda Guerra continham elementos ideológicos e políticos que sugeriam conquistas definitivas sobre a doença e a miséria. Tanto no Ocidente quanto nos chamados blocos soviético e asiático, haveria triunfo sobre as mazelas até então frequentes:

“A idéia derivava de uma Transição de Saúde, como era chamada. O conceito era simples: à medida que os países saíam da pobreza e as necessidades básicas de alimento e habitação eram atendidas, os cientistas podiam usar ferramentas químicas e farmacêuticas à mão para eliminar parasitas, bactérias e vírus. O que prevaleceria seriam as doenças crônicas mais prolongadas que atacam principalmente a velhice, em especial o câncer e as doenças cardíacas. Todos gozariam de vida longa, livre de doenças.” (GARRET, 1995, p.40)

Como adverte a autora, examinando o caso do surgimento da AIDS, houve inicialmente, por parte da comunidade científica e da própria sociedade, um sentimento de marcada indiferença, que foi seguido de forte rejeição e posteriormente da tentativa de isolar grupos específicos de sujeitos suscetíveis a contrair a doença. Estas atitudes mostraram-se inteiramente equivocadas, e a expansão da “epidemia” em escala mundial apontou os riscos de atitudes arrogantes e dissimuladoras, na área de saúde pública.

A negação de fenômenos mórbidos ou a superestimação destes tem sido objeto de inúmeros estudos na área das ciências sociais aplicadas à saúde, principalmente nas últimas décadas. Nestes, o objetivo é revelar, sobretudo, os aspectos implicados no processo social de construção das enfermidades, como também os fatores capazes de isolar ou estigmatizar os indivíduos atingidos (SONTAG, 1984, 1989, 1995).

Neste sentido, vale assinalar que a intenção de examinar as representações sociais sobre uma enfermidade impõe um conjunto de problemas. Isto porque as idéias e práticas de cada sociedade sobre o adoecer estão fundadas a partir de inumeráveis conteúdos que variam no tempo, no espaço, na linguagem e nos propósitos, além de estarem assentados sobre uma enorme diversidade de saberes e interesses.

Entre os autores de largo prestígio neste campo, deve-se assinalar a perspectiva teórica sugerida por FRANÇOIS LAPLANTINE (1991), segundo a qual as

representações sobre os fenômenos mórbidos não são constituídas pela oposição de conhecimentos tradicionais aos novos conhecimentos ou ainda a partir da negação de estruturas explicativas arcaicas sobre os fenômenos mórbidos. O que esse autor assinala, de fato, é que há sentido metodológico e teórico em proceder a um empreendimento metacultural com o intuito de articular distintas formas de descrever, enfrentar e justificar a morbidez. Certamente o empreendimento metacultural do autor sugere um estudo de ampla magnitude, seja comparativa, seja também através do esforço de percorrer inúmeras fontes (literárias, dos saberes médicos, das práticas dos médicos e dos pacientes), além da própria experiência do pesquisador na condição de enfermo, procedimentos estes impossíveis de serem reproduzidos neste trabalho, por diversos fatores, inclusive a “novidade” da doença em questão.

Este estudo parte do pressuposto de que a única forma efetiva de analisar os enquadres explicativos sobre determinado fenômeno mórbido é tomá-lo a partir dos fragmentos que o constituem, dos quais, certamente, não alcançaremos a gênese. Considerando sempre que mesmo a linear discursividade da literatura médica científica abriga frações de um insondável universo de matrizes epistemológicas, tanto quanto abriga distintas explicações sobre uma doença que tem, sempre, a sua constituição historicamente determinada. Assim, os saberes eruditos da medicina alcançaram a hegemonia na cultura ocidental, abarcando as formas de explicação das doenças.

Da mesma forma, também não deixam de ser fragmentos do universo social mais amplos os enunciados de um grupo de enfermos relativamente restrito como o que foi pesquisado. Apesar destes limites, acreditamos trazer uma contribuição, sobretudo

através do mapeamento destas vertentes, que pode ajudar a esclarecer o processo de “construção” social desta enfermidade.

1. O uso do conceito de representações sociais em saúde:

Um conjunto bastante numeroso de condicionantes tem trazido, nas últimas décadas, o conceito de *representações sociais* para o centro do debate acadêmico na área de saúde. Isto ocorreu após um período de franca hegemonia de uma ciência social produzida a partir de marcos funcionalistas, ou seja, a partir de referenciais considerados objetivos e destinados a realizar um esforço de análise na perspectiva culturalista e comportamental conforme orientava a escola norte-americana de estudos na área (CANESQUI, 1995). A autora observa que a partir da década de 70 surgiram severas críticas à fragilidade explicativa desses estudos, diante das crises sanitária e social enfrentadas pela América Latina, o que determinou uma séria reorientação nessas análises. Deste modo, foram buscadas explicações mais abrangentes e macroestruturais, em geral pela assimilação de referenciais de correntes marxistas, a partir da Sociologia e da Ciência Política latino-americanas e brasileira, com grande influência nos modelos posteriormente adotados tanto para o ensino, quanto para a pesquisa e a própria prática em Medicina Social. Neste contexto foram de certa forma marginalizados outros referenciais analíticos, oriundos das ciências sociais, como as teorias da ação, fenomenológicas e compreensivas, que não desconsideram o plano da significação, ao contrário da tendência às análises

histórico-estruturais que predominaram no âmbito das contribuições sociológicas à constituição do campo da Saúde Coletiva.

O início dos anos 80 abrigaram, a despeito de certa resistência de setores acadêmicos, a incorporação das contribuições antropológicas, notadamente destacando os significados, os saberes e práticas de cura, além das representações sobre os processos de saúde-doença, o que contribuiu, em parte, ainda segundo aquela autora, para a intervenção de novos atores sociais na cena política, tais como a inserção de movimentos sociais no debate de reformas e dos modelos institucionais vigentes, diante da maior democratização da sociedade.

Conforme observa MINAYO (1992) para a pesquisa em saúde, a dificuldade para tomar o objeto em toda a sua complexidade e articulações, isto é, a própria concepção de saúde, em virtude dos dilemas e contradições próprios das diferentes vertentes explicativas das disciplinas em questão, ensejou esforços para a adoção de marcos mais abrangentes de análise, ainda que consideradas as especificidades de cada contexto. Isto implicou numa tentativa de abrir o leque conceitual para apreender *o dinamismo da ação dos sujeitos na transformação das estruturas* que aconselha a adoção de matrizes metodológicas capazes de articular a realidade empírica e suas correspondentes categorias de análise teórica, a partir de uma perspectiva totalizante que supere a dicotomia entre as estruturas objetivas e as relações subjetivas. Situa-se a autora, portanto, na perspectiva que prioriza a relação sujeito/objeto no âmago do conhecimento, juntamente com as matrizes metodológicas de natureza dialético/hermenêutica, no estudo das representações de saúde e doença.

Neste estudo procura-se retomar o debate sobre o emprego da teoria das representações nas pesquisas em saúde. HERZLICH (1991) reafirma a fecundidade desta noção, notadamente na necessária conexão entre os saberes profissionais e os saberes leigos, já que o terreno da medicina transformou-se em epicentro dos conflitos culturais e sociais representados hoje pelo crescimento do papel normatizador da ciência e da técnica e, em particular da profissionalização e do laudo:

“o modelo em curso na representação da saúde e da doença – o do indivíduo sadio em oposição ao indivíduo doente – estendeu-se até incluir hoje a própria medicina. Esta última, e não mais a doença apenas, tornou-se metáfora do social e lugar de expressão privilegiada de nossa relação com ele. Como a doença, a medicina é freqüentemente conflituada.” (HERZLICH, 1991, p. 34)

É especialmente essa ordem de conflitos que aconselha a adoção da análise das representações, a partir da perspectiva preconizada por esta autora, na medida em que esses debates se desenvolvem no interior das sociedades focalizando condutas complexas, mas, sobretudo, orientando as ações que são tomadas a partir dessa interação.

A autora aponta o caráter interacional das configurações que ela denomina de sociocognitivas, assinalando a interpenetração entre o social e o individual nos discursos, bem como apontando a natureza interpretativa do trabalho de produção de relatos orais. Em relação ao seu próprio estudo, realizado em 1969, ela comenta:

“É sabido que, com um talento às vezes notável, os entrevistados se colocam com teóricos da própria experiência. Aliás, movidos por mim nesta direção, forneciam um relato e elaboravam a análise desse relato.” (HERZLICH, 1991, p.32)

Deste modo, o valor prático da teoria das representações parece residir justamente na capacidade de revelar o movimento intrínseco do conhecimento e da experiência em direção ao pensamento social. Conforme esclarece MINAYO, as representações sociais *são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a* (1994, p. 89).

A especificidade dos interesses da chamada classe trabalhadora em relação às concepções de corpo, doença e capacidade de trabalho, entre outros aspectos, fez com que MINAYO chamasse a atenção para a historicidade das representações neste âmbito:

“A representação da saúde como direito coletivo é uma bandeira de transformação das condições de vida e trabalho e que em última instância aponta para as transformações do modo de produção: melhores salários, cesso à terra, a empregos, a saneamento básico, a transporte, a moradia, a educação, a lazer a e condições de trabalho segura. Mas é também uma bandeira de redefinição das prioridades do Estado.” (MINAYO, 1992, p.192)

Isto enseja conflitos e contradições que podem opor os interesses da classe trabalhadora àqueles preconizados pela medicina oficial, de viés positivista, cujo principal referencial focaliza o aspecto biológico individual.

A oposição entre saber erudito e senso comum contém, portanto, elementos que ultrapassam a mera confrontação entre uma racionalidade científica, objetivista e um conhecimento leigo construído a partir da reprodução mal articulada do saber médico. De fato, tanto o conhecimento erudito quanto o senso comum estão constituídos a partir de noções surgidas da vivência individual e subjetiva, ao mesmo tempo em que também incorporam formas partilhadas de conceber e enfrentar a doença. Como adverte HERZLICH (1991) comentando o seu próprio esforço teórico, a construção das evidências pode ser revelada a partir das formas pelas quais os sujeitos tentam

traduzir e organizar a sua experiência. O que inclui os modos através dos quais a ciência e seus agentes articulam e fundamentam os seus modelos de explicação e orientação de condutas.

Comentando as analogias entre as representações sociais do conhecimento científico e aquelas pertinentes ao *sensu comum*, MINAYO (1994) traça os contornos desta noção a partir da perspectiva fenomenológica de Alfred Schutz:

“a existência cotidiana, segundo Schutz, é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Esses significados, que podem ser objeto de estudo dos cientistas sociais -, são selecionados através de construções mentais, de representações do sensu comum (Shutz, 1973). A própria ciência, para Shutz, é uma representação da realidade, denominada por ele constructo de segunda ordem.” (MINAYO, 1994, p. 95-6, grifos originais)

Conforme nos assinala MINAYO, este autor faz uma distinção entre experiência e conhecimento, qualificando a primeira entre os fenômenos coletivos e situando a segunda entre os atributos de natureza individual. Assim, para Shutz, nos enfatiza MINAYO (1994), o *sensu comum* constitui o modo através do qual cada ator social não só age, mas também atribui significados à sua ação. O que permite inferir, por seu intermédio, as possibilidades de compreensão de modos específicos de vida em determinados grupos sociais.

Sem pretender aprofundar o questionamento sobre as noções do *sensu comum*, cabe, talvez, aduzir a este debate, as perspectivas sugeridas por Gramsci e recuperadas por MINAYO na tentativa de qualificar o uso do conceito de representações sociais nos estudos em saúde.

Segundo MINAYO, uma das principais e mais fecundas contribuições que podemos localizar nas preocupações de Gramsci, no que concerne ao *sensu comum* é aquela que aponta o seu potencial transformador. Ao apontar a coexistência de

elementos geradores de mudança ao mesmo tempo em que se observam sinais de conformismo, o autor permite a compreensão do valor heurístico e abrangente do conceito:

“Dentro de uma preocupação mais voltada para o campo político, a descrição que Gramsci faz da consciência desse homem-massa, que todos somos de algum modo, põe a nu, de um lado, os elementos de incoerência e conservadorismo que a povoam, mas, de outro, as possibilidades e sinais de mudanças.” (MINAYO, 1994, p.100)

Ora, a emergência de um conjunto de afecções difusas, de improvável comprovação por métodos laboratoriais usuais e de forte impacto social, mesclando-se num amálgama de concepções em processo de construção, parece exigir ferramentas de análise capazes de revelar esse debate em sua versão interpretativa. Pois, na experiente avaliação de HERZLICH *a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido* (1991, p. 26).

Ora, não é senão nesta direção que este trabalho se orienta. Deste modo, pretende-se examinar, à luz das representações sociais, de que modo se constituem e consolidam saberes médicos eruditos sobre um fenômeno recente e alarmante na prática em Saúde do Trabalhador, mas, sobretudo, de que maneira estes saberes engendram concepções e práticas de enfrentamento (e até ocultamento) dos problemas identificados.

A escolha desse recurso está, portanto, neste estudo, subordinada a uma compreensão particular da representação social sobre as LER, uma problema de saúde repleto de ambigüidades e sobre cujo estatuto há pouco reconhecimento, apesar do crescimento do sua ocorrência entre certos segmentos de trabalhadores. Trata-se de

uma enfermidade que vem sendo “construída”, com inúmeras controvérsias no interior das especialidades médicas, nos planos dos saberes e das práticas, ainda que percebida como sofrimento e mal estar por muitos acometidos.

Concomitantemente, busca-se também olhar as formas pelas quais os portadores de LER elaboram e pensam sobre a doença, que certamente mantém pontos de encontro, distanciamento e elaboração própria, a partir daquilo que a literatura qualifica como saberes não eruditos. Eles também mesclam-se aos saberes eruditos e são reinterpretados ou até mesmo reformulados. Agregam-se ainda as experiências dos próprios enfermos em relação à cada enfermidade, ou como sugeriu ALVES:

“é fundamental que o pesquisador, em vez de dicotomizar essa relação, desça ao nível dos microfundamentos das experiências individuais para que possa melhor atingir o domínio dos macroprocessos sociais.” (ALVES, 1995, p. 78)

2. Dimensões teóricas das Representações Sociais:

A sociologia tem buscado aproximar-se das categorias ideativas de determinada sociedade através de distintas concepções, manifestas através da discursividade. MINAYO mostra que, tendo sido um dos precursores dessa tendência, Durkheim trabalhou, explicitamente, com o conceito de representações coletivas, enquanto fenômenos dotados de propriedades heurísticas:

“As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. ... Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. ... Constituem objeto de estudo tanto quanto as estruturas e as instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e

dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe.” (Durkheim apud MINAYO, 1994, p. 90-1)

A despeito do enorme impacto e importância das idéias de Durkheim, houve dificuldades com relação às reservas que o autor apresentava aos processos individuais e sua importância na explicações de fenômenos sociais.

Realizando um extenso inventário sobre aquilo que ele qualifica como *pré-história das representações sociais*, FARR (1994) aponta as origens da tensão entre essas disciplinas:

“Dentre os mais importantes sociólogos, Durkheim foi o que mais abertamente se mostrou hostil à psicologia. A psicologia à qual ele se opôs, contudo, foi a psicologia do indivíduo. A distinção aguda de Durkheim entre sociologia (o estudo das representações coletivas) e psicologia (o estudo das representações individuais), fez com que se tornasse praticamente inevitável que, quando Moscovici propôs que se estudassem as representações sociais, esse novo campo fosse classificado como uma forma sociológica, e não psicológica, de psicologia social.” (FARR, 1994, p. 36)

Como se sabe, a teoria de **representações sociais** originou-se na psicologia social a partir do trabalho de Moscovici, na Europa, em 1961 e difere bastante das formas de investigação que posteriormente tornaram-se hegemônicas na psicologia social norte-americana. Como, inclusive, enfatizaram FARR (1994) e HERZLICH (1991), há, portanto, uma clara relação de continuidade entre o trabalho de proposto por Durkheim e o de Moscovici, exceto pelo fato de que o segundo desenvolverá uma noção que busca valorizar os processos segundo os quais determinadas estruturas sociais se instituem e, ao mesmo tempo, evoluem, dando forma e lugar a novas construções, conforme esclarece o próprio MOSCOVICI:

“todas as culturas que conhecemos possuem instituições e normas formais que conduzem, de uma parte à individualização, e de outra, à socialização. As representações que elas elaboram carregam a marca desta tensão, conferindo-lhe um sentido e procurando mantê-la no limite do suportável... O papel das representações partilhadas é o de assegurar que sua coexistência é possível este estado de coisas torna a noção de conflito tão essencial... Sem esta noção não se pode compreender nem o dinamismo da sociedade nem a mudança de qualquer uma das partes que a compõem.” (MOSCOVICI, 1994, p.12)

É, portanto, importante e necessário, tentar esclarecer a distinção entre as representações coletivas, propostas por Durkheim no final do século passado e as representações sociais, formuladas por Moscovici na década de 60. Para o criador da teoria das *representações sociais*, a noção de **coletivo** introduz uma uniformidade impossível nos dias de hoje, consideradas o pluralismo e a rapidez com ocorrem as mudanças econômicas e culturais, assinala FARR (1994).

Assim, a teoria das representações sociais evoluiu dentro de uma vertente que, de um lado aspira a superação das tendências individualizantes (muito descritivas e estáticas) expressas pelas pesquisas de opiniões e imagens muito apreciadas pelos pesquisadores norte-americanos e de outro, procura enfatizar o caráter transformador desses recursos, mediante a ação dos sujeitos sociais:

Moscovici pensou com Durkheim e contra ele, dando-se conta de que na sociologia durkheimiana havia o perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo (Durkheim sugeriu o termo Representações Coletivas) encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o transformam.” (GUARESCHI, 1994, p. 19)

É exatamente esta tensão entre aquilo que se cristaliza e aquilo que emerge na incorporação de determinadas concepções, sejam elas eruditas ou leigas, o que

interessa revelar neste projeto, ainda que não venhamos a focalizar os processos cognitivos, como sugerem os estudos realizados no âmbito da psicologia social.

Resta ainda esclarecer a proposta aqui, de modo pouco usual, da junção dos discursos científicos, tomados ao lado dos depoimentos do senso comum, em idêntico grau de importância e aprofundamento. Tradicionalmente, imagina-se que a teoria de representações sociais se aplica exclusivamente ao chamado *senso comum*, uma vez que os discursos eruditos, ou científicos, são considerados neutros e destituídos de representações. Entretanto, conquanto Moscovici estivesse desde sempre interessado nas representações leigas da ciência ou seja, nos limites colocados entre esta e o pensamento leigo, conforme nos lembra FARR (1994), já não se pode negar que o conhecimento científico é fruto, ele também, de processos de ancoragem social, historicamente constituídos. Neste movimento, ganha importância a questão da interpretação no conhecimento médico, bem como na prática de saúde que esse saber institui. Conforme já enfatizara HERLIZCH (1991), tratam-se de escolhas que ultrapassam o real porque, de fato, o compõem através da construção de evidências que possuem uma *função orientadora das condutas*, ou, como esclarece HERLIZCH: “*uma análise das categorias, das oposições, dos agenciamentos cognitivos e das formas de racionalidade*” (1991, p.27).

Parece claro, portanto, que ao adotar pontos de vista capazes de articular os fatores intrínsecos e extrínsecos dos fenômenos sociais, além de introduzir a ordem de significação do *corpo simbólico*, as representações sociais podem constituir um inspirador aporte à pesquisa em saúde:

“um dos efeitos maiores desta revolução no campo da epistemologia foi a colocação do sujeito do conhecimento no primeiro plano da produção do objeto teórico dos diferentes discursos científicos. Estes passam a ser considerados como produções históricas e não a enunciação de verdades universais... que permite afirmar ... que este sujeito empreende um trabalho de interpretação do real e que a interpretação é constitutiva da objetividade científica.” (Birman, 1991, p.15)

Resumindo, o emprego do conceito de representações sociais na elucidação dos fatores que constituem os saberes relacionados às Lesões por Esforços Repetitivos parece justificar-se, considerando a natureza polêmica e altamente conflituosa da experiência pessoal e partilhada dos portadores desta enfermidade bem como também na sistematização dos saberes médicos eruditos das várias especialidades que podem ocultar ambigüidades e lacunas.

3. Objetivos

- a) Identificar e analisar na literatura médica e pericial as concepções eruditas sobre as LER, suas causalidades e formas de intervenção, correlacionando convergências e divergências entre os temas localizados.
- b) Analisar as representações não eruditas e práticas de cura dos indivíduos adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos, evidenciando as maneiras de viver e enfrentar a enfermidade.
- c) Confrontar as articulações e os distanciamentos entre aquelas concepções e práticas em relação às LER, verificando contradições, semelhanças e ambigüidades.

4. Procedimentos metodológicos

Para estudar as representações médicas eruditas, foram selecionados cerca de 76 textos sobre LER, publicados em português, inglês e francês, no período compreendido entre 1981 e 1998¹. Estes textos, na sua maioria, foram localizados através de busca bibliográfica em periódicos clínicos, nacionais e estrangeiros, nas áreas de Ortopedia, Cirurgia de Mão, Reumatologia, Neurocirurgia e Saúde Ocupacional, ou em referências cruzadas nas fontes consultadas. Foram utilizados textos canadenses, franceses, ingleses e australianos, conforme a disponibilidade dos mesmos, considerada a dificuldade anteriormente referida.

As revistas brasileiras, de circulação sistemática na comunidade científica, praticamente não mencionam as LER, salvo aquelas publicadas pela FUNDACENTRO, onde foram encontrados cerca de cinco artigos sobre o assunto. No período focalizado, nota-se que a bibliografia brasileira nessa área é recente e dispersa, não havendo ainda publicações específicas impressas periódicas ou *sites* eletrônicos, ao contrário de outras enfermidades até menos prevalentes, que, no entanto, estão melhor divulgadas. No exterior, ao contrário, há uma grande disponibilidade de artigos impressos e material para acesso eletrônico remoto, inclusive objetos e mobiliário ergonômico planejados para a prevenção da enfermidade.

O critério de seleção adotado para a utilização dos textos estrangeiros foi a sua aplicabilidade e emprego entre os autores nacionais. Todas as publicações científicas

¹ Ver anexo II

nacionais encontradas sobre o tema foram utilizadas, quando pertinentes, tendo sido excluídas, no entanto, aquelas que estão vinculadas a laboratórios farmacêuticos e que destinam-se a divulgar fármacos recomendados para o controle da enfermidade, por entendermos que não são textos de ampla aceitação acadêmica e técnica.

A população entrevistada neste estudo foi constituída por dezenove trabalhadores portadores de LER², os quais tiveram seus diagnósticos confirmados através de perícia médica realizada pelo Grupamento Médico-Pericial do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) de Campinas.

Dezessete entrevistados foram selecionados através de escolha aleatória entre os prontuários de trabalhadores registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas.

Do total, dezessete trabalhadores encontravam-se afastados do trabalho no momento da entrevista. Apenas dois trabalhadores foram encaminhados por indicação de terceiros³ para o projeto, uma vez que já haviam concluído o tratamento e retornado ao trabalho.

A todos os entrevistados foram explicados os objetivos da pesquisa, foi garantido o anonimato dos depoimentos e o pleno direito de desistência, mesmo depois de realizada a entrevista. Para participar da pesquisa, foram selecionados inicialmente cerca de quarenta trabalhadores, porém seis entrevistas foram utilizadas na fase de teste do roteiro e os demais apresentaram dificuldades de horário ou outros obstáculos à realização das mesmas. Apenas dois trabalhadores se recusaram

² Vide anexo I

³ Os próprios portadores conheciam trabalhadores que tinham sido afastados e já haviam retornado ao trabalho.

formalmente a participar do projeto, alegando razões de natureza judicial⁴ para isso. Sempre que não tenha sido possível agendar um encontro para a entrevista após três contatos com o selecionado, o mesmo foi excluído da listagem, buscando dar maior agilidade ao processo de agendamento. Neste caso, encontrou-se uma dificuldade muito mais frequente no contato com os homens do que com as mulheres. Embora tenha sido selecionado um número igual de homens e mulheres, houve maior dificuldade de contato com os trabalhadores do sexo masculino, daí a discrepância do número final. Embora não se negassem, explicitamente, a falar, os homens exibiram maior dificuldade com o agendamento e estão, por esta razão, representados em menor número do que as mulheres.

As entrevistas aproveitadas no estudo foram realizadas nas residências dos trabalhadores, uma vez que a fase de teste evidenciou que o espaço do Centro de Referência (CRST) ou do Centro de Reabilitação Profissional (CRP) inibia os entrevistados e poderia interferir nas suas respostas, dadas as expectativas de atendimento.

Dos dezenove entrevistados, doze são mulheres, com idades variando entre 25 e 45 anos. Três trabalhadoras são digitadoras, três são operadoras de montagem em empresas metalúrgicas, quatro são bancárias, sendo apenas uma empregada em banco do setor privado. Duas trabalhadoras são escriturárias.

Sete são casadas, quatro são separadas e uma é solteira. Quatro trabalhadoras não têm filhos.

⁴ Os dois trabalhadores mencionaram processos judiciais contra suas empresas e manifestaram receio de que os depoimentos fossem utilizados no processo, contra seus interesses.

A idade dos sete trabalhadores do sexo masculino varia entre 27 e 50 anos. Três são metalúrgicos (operadores de montagem), dois são bancários (instituições estatais), um é operador de vendas em empresa estatal e um é carteiro. Todos são casados. Apenas um não tem filhos.

O roteiro das entrevistas, em anexo, apresentava cerca de 40 questões abertas. O teor das perguntas e as circunstâncias especiais que caracterizam a situação dos entrevistados exigiram que criássemos um ambiente amistoso para que fosse possível cada depoimento.

Todos os entrevistados manifestaram grande disposição para colaborar, ainda que sob forte emoção e expectativa. As entrevistas duraram entre 35 e 140 minutos e foram realizadas entre setembro e dezembro de 1995. Em algumas delas houve a participação de familiares, principalmente filhos, que visava a esclarecer ou reforçar certas observações. Face às circunstâncias dos entrevistados (alguns estavam sob dor intensa no momento da entrevista), por vezes foi necessário inverter a ordem das perguntas ou aguardar um certo tempo para que o entrevistado recuperasse condições emocionais para falar. Praticamente todos os trabalhadores choraram durante seus depoimentos, sobretudo quando eram abordados temas relacionados ao seu futuro e às expectativas de retorno ao trabalho.

A pressão emocional gerada pelas entrevistas foi ponderada por nós, porém foi considerada, pelos próprios trabalhadores, inevitável e mesmo justificável frente às expectativas daquilo que o resultado final do projeto poderia trazer-lhes. Além disso, há a compreensão de que a experiência da enfermidade pode e deve ser investigada no

instante mesmo em que ela se apresenta ao sujeito, e a esse respeito, LAPLANTINE observa:

“Havia um momento certo para se falar do sofrimento físico... é bem no campo de nossa ação, na hora que convém captá-lo. Uma vez que ele se acalma, se dissipa, o espírito só tende a esquecer ou, pelo menos minimizar o que ele representou... É enquanto estamos doentes que é preciso falar da doença. Se esperarmos pelo restabelecimento, as impressões que ficarão serão vagas, imprecisas, sem vigor e sem cor” (R.Guérin, 1982 apud LAPLANTINE, 1991:19)

Vale dizer, então, que a circunstância das entrevistas representava um momento fortemente revestido de emotividade, tanto da parte do entrevistado, quanto da parte da entrevistadora, impondo-se a necessidade de objetivá-la através da mediação teórica. Isto porque tratava-se de provocar ao nível da consciência a reflexão sobre a própria experiência da enfermidade em seus múltiplos aspectos, da mesma forma que provocava uma avaliação dos entrevistados sobre suas vidas e sofrimento, em virtude de ser a doença vivida dessa forma.

Os padecimentos em geral comprometem o eixo da cotidianidade, e da subjetividade, como também são eles fatos sociais frente aos quais se constroem representações e práticas. Por isso mesmo os conteúdos dos depoimentos tornam-se uma das vias possíveis de apreensão das idéias e significados (individuais e socialmente compartilhados). Isto permite o seu emprego no estudo das representações.

Nesse contexto, o roteiro da entrevista assume apenas um papel ordenador do diálogo que se estabelece entre entrevistado e a pesquisadora, dado que a técnica, nesse caso, depende, como mostrou exemplarmente SCHRAIBER, da autenticidade e veracidade dos enunciados do entrevistado. Assim, *o pesquisador quer compreender -*

e não contestar ou, mesmo, testar (1995, p.68) aquilo que lhe é confiado na entrevista.

Do mesmo modo, é de aprendizagem e não de mero acompanhamento, o papel representado pelo pesquisador no contexto da entrevista, pois trata-se, antes de tudo, de encontrar um meio adequado de conduzir a produção dos depoimentos, sem, contudo, inibir seu fluxo, em torno dos temas propostos pelo pesquisador. A entrevista proporciona um trabalho de reflexão e de comunicação do entrevistado que deve ser estimulado pelas perguntas do pesquisador, mas que depende da cooperação oriunda da sua adesão à pesquisa. Como também assinalou SCHRAIBER (op. cit., p.70): *“a entrevista não é só uma forma de entender e captar o outro, mas de se fazer entender”*.

Ao optar pela produção de um relato oral, mais especificamente na forma de entrevistas, buscou-se a técnica mais adequada, segundo QUEIROZ, à natureza do trabalho a ser desenvolvido:

“A entrevista supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador; o tema ou o acontecimento sobre o que versa foi escolhido por este último por convir ao seu trabalho. O pesquisador dirige, pois, a entrevista; esta pode seguir um roteiro, previamente estabelecido, ou operar aparentemente sem roteiro, porém, na verdade, se desenrolando conforme uma sistematização de assuntos que o pesquisador como que decorou. ... Noutras palavras, as diferenças recaem sobre o tipo de pesquisa que se quer realizar, pesquisa esta que, na sua especificidade, deverá requerer a aplicação da história de vida, ou a coleta por meio de depoimentos.” (QUEIROZ, 1987, p. 275-6)

Tratando-se portanto, de um processo destinado a conhecer informações específicas sobre determinado processo vivido pelos informantes, seria impossível deixar a seu cargo a livre narrativa sobre os temas que cada um entendesse essenciais em referência à sua vida de um modo geral. Tratava-se de um assunto específico, que

foi tratado de um modo tão abrangente quanto foi possível, porém assumidamente particularizado e focal, em relação à experiência geral dos entrevistados.

5. Procedimentos de análise do material

A pesquisa de natureza qualitativa impõe, na organização do material coletado, a transcrição das entrevistas gravadas (cerca de 38 horas, excluída a fase de testagem do roteiro). A seguir fez-se uma leitura exaustiva do material, procurando-se à luz dos objetivos do estudo, classificar em termos temáticos os depoimentos dos trabalhadores, tendo surgido como eixos principais os seguintes núcleos de sentido, em resposta às questões levantadas pelo roteiro:

- a) concepções do problema
- b) modalidades de descoberta do problema
- c) estratégias pessoais para controlar os sintomas
- d) causalidade
- e) efeitos das LER
- f) formas de tratamento ideal
- g) a busca de outras ajudas
- h) as LER dos outros
- i) a vida depois das LER
- j) os outros e o meu problema

- k) o trabalho
- l) a dor e a gravidade do problema
- m) a incidência maior nas mulheres
- n) as LER e as outras doenças
- o) a causalidade das doenças em geral
- p) o mundo sem doenças
- q) a cura e o futuro
- r) a prevenção
- s) a experiência da doença
- t) outras representações associadas à saúde e doença

Numa segunda fase de leitura, reclassificou-se todo o material visando aglutinar os conteúdos que guardavam entre si afinidades temáticas, o que gerou as seguintes unidades de análise:

- 1- concepções e etiologia da doença
- 2- experiência da doença
- 3- tornar-se paciente
- 4- prevenção e responsabilidades
- 5- impacto sobre a vida e perspectivas de futuro

A classificação do material obedeceu à orientação formulada por MINAYO, que propõe:

“Recorta-se cada entrevista ou documento em termos de unidade de registro a serem referenciadas por tópicos de informação ou por temas. ... Pode-se dizer que num processo de aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, uma vez determinado (a partir da elaboração teórica e da evidência dos dados), permite refazer e refinar o movimento classificatório. As múltiplas gavetas serão reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora.” (1992, p. 236)

Assim, cada uma das unidades temáticas de análise foi consolidada a partir do cruzamento dos eixos identificados na primeira classificação, buscando criar melhores condições de comparação entre as entrevistas realizadas com os portadores e os demais materiais bibliográficos e discursivos utilizados na pesquisa.

Além das entrevistas, selecionamos e transcrevemos depoimentos de trabalhadores portadores de LER que participavam de reuniões promovidas pelo Centro de Reabilitação Profissional do INSS/Campinas. Classificamos estes depoimentos como **observação assistemática**, porque foram extraídos de reuniões eventuais. Porém, como traziam elementos que poderiam auxiliar a compreensão das entrevistas, resolveu-se utilizá-los em complementaridade aos depoimentos roteirizados. Em síntese, o objetivo foi inferir as representações sociais a partir de indicadores múltiplos como a ordem de frequência e de regularidade de um tema, tipos de relações entre os elementos, grau de importância, entre outros, como nos apontou SOUZA FILHO (1993, p. 127), apoiado em CLAUDINE HERZLICH.

Este trabalho está dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo faz-se um inventário das principais referências eruditas em relação às LER, de acordo com a bibliografia selecionada para o estudo, explorando-se os diferentes modelos e concepções da doença. Enfatiza-se a polêmica no interior das associações médicas e instâncias de governo, buscando identificar os pontos de apoio utilizados para, de um lado, reconhecer e dar nexos ocupacionais à ocorrência das LER e, de outro, negar sua causalidade ocupacional ou atribuí-la a outros fatores, como os aspectos psicológicos ou as tentativas de obtenção de benefícios financeiros e sociais.

No segundo capítulo analisam-se as representações das LER segundo o senso comum, isto é, baseadas nos depoimentos obtidos, valorizando-se, especialmente, a vivência da enfermidade, suas concepções e causas, bem como as idéias concernentes aos limites corporais e relacionais impostos pela enfermidade, especialmente no trabalho e nas relações sociais, na busca de variações e similaridades nessas representações.

No terceiro capítulo são apresentadas as relações dos entrevistados com as práticas terapêuticas (oficiais e não oficiais). Em contrapartida, são apresentadas as controvérsias entre os sistemas terapêuticos mobilizados para o enfrentamento das LER, tanto na sua interface com os portadores, quanto no âmbito da própria corporação médico-pericial, notadamente na relação entre as especialidades clínicas e aquelas de natureza cirúrgica.

Finalmente, procura-se estabelecer o confronto entre as representações e práticas dos portadores e aquelas idéias que são enunciadas pelo saber médico erudito (das várias especialidades médicas e do sistema previdenciário, particularmente com

referência aos modelos de concepção das LER e modalidades de intervenção a elas associadas.

Através das continuidades, lacunas, contradições e complementaridades destas representações e práticas, objetiva-se estimar a distância entre a enfermidade vivida cotidianamente e aquela que é traduzida através dos sistemas oficiais de diagnóstico, cura e compensação.

As LER, postas em espantosa evidência social nos últimos anos, parecem constituir um fecundo terreno também para a investigação do caráter sempre metafórico e coletivo das enfermidades, notadamente aquelas que colocam em cheque o domínio coletivo, através da incapacitação para o trabalho e da exigência de respostas políticas ao custo social das mesmas. Este fenômeno, que tem sido apresentado na imprensa como a última epidemia do século, está certamente constituído de fatores intra e extra-orgânicos, que jamais dizem respeito apenas ao foro pessoal e subjetivo, mas que são individuais e intransferíveis, bem como relacionais e partilhados, como afirmou HERZLICH, referindo-se à AIDS:

“Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira.” (1991, p.33)

Capítulo I. As LER como arena de conflitos das representações dos saberes médicos eruditos

*Mas há milhões desses seres
Que se disfarçam tão bem,
Que ninguém pergunta de onde essa gente vem...*
Chico Buarque

I.1 Aspectos históricos:

A discussão sobre a ocorrência do desgaste das estruturas motoras e esqueléticas em decorrência do trabalho não é recente.

“Consta-nos que foi muito maior o número de escribas e notários antigamente do que em nossos dias, depois do invento da arte tipográfica; todavia, sabemos que nas cidades e povoados muitos ganham o sustento para si e sua família somente com escritas ...Investiguemos, pois as doenças a que estão expostos tais operários. Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, atenção mental... A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão.” (RAMAZZINI, De Morbis Artificum Diatriba, 1700)

Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico italiano que abordou doenças observadas em mais de cinquenta ocupações, já assinalava a ocorrência de problemas osteomusculares nos trabalhadores daquele período. Esse autor, considerado o pai da Medicina do Trabalho, realizou interessantes associações entre a vida ocupacional dos indivíduos e seus modos de adoecer e morrer: *“Não viste ou ouviste como morrem em*

tão pouco tempo, quando ainda tinham tanta vida pela frente?”, transcreve Ramazzini, citando Lucrécio, em escrito datado de um século antes da era cristã (MENDES, 1995: p. 5-6).

DEMBE (1995), examina a história social das desordens músculoesqueléticas e procura mostrar a importância dos fatores sociais, políticos e econômicos na definição desses diagnósticos. Enfatizando a influência das mudanças na base técnica dos processos de trabalho, o autor assinala que a câimbra dos escrivães⁵ recrudescer na década de 1830, com a introdução das canetas de aço. Do mesmo modo, nos anos seguintes a 1870 os telegrafistas referiam dificuldades com a introdução de novas técnicas. O autor menciona ainda a introdução dos computadores ou as novas formas de embalar e processar alimentos nos últimos trinta anos, mudanças essas que geraram o registro de novas ondas de queixas entre os trabalhadores.

Não obstante, as concepções médicas sobre esses episódios variaram bastante. DEMBE observa que no século XIX essas queixas eram consideradas como *variações de neurose ocupacional e/ou neurastenia* (1995, trad.nossa). Depois de 1895, o autor aponta uma tendência entre os médicos para reinterpretar as queixas identificando componentes psicológicos, além dos neurológicos. Na opinião de DEMBE essa tendência vai acentuando-se até que, por volta dos anos 20 desse século, as queixas de natureza músculoesquelética serão vistas como essencialmente psicogênicas. Segundo o autor, a literatura da época associa essas queixas a certos grupos de trabalhadores: mulheres, judeus e imigrantes provenientes do leste europeu. Nesse ponto, DEMBE

⁵ Mais uma vez há controvérsias com relação à natureza das enfermidades músculoesqueléticas; MELO (1998: p.222) declara que a câimbra do escrivão é doença neurológica, sem origem ocupacional, que não tem a escrita em

nota que as opiniões médicas não discrepam da apreensão social acerca da entrada de grupos *não tradicionais* na força de trabalho industrial norte-americana, manifestando-se por preconceitos quanto às diferenças de gênero e etnia.

Um exemplo notável exemplo das controvérsias a esse respeito seria a afecção denominada *síndrome do túnel do carpo*⁶, descrita pelo Dr. George Phalen⁷ e repetidamente encarada como de origem espontânea, ou seja, não ocupacional.

Para DEMBE, o Dr. Phalen construiu essa observação a partir da premissa de que as mulheres não estariam envolvidas no uso vigoroso de mãos e punhos. Essa pressuposição fez com que suas conclusões negassem a origem das queixas daquela clientela. Anos mais tarde, trabalhando com uma população muito parecida, o Dr. Radford Tanzer chegaria à conclusão oposta. A partir de uma cuidadosa história ocupacional e da análise das demandas manuais dessas mulheres, Dr. Tanzer fundamentaria seu julgamento na causação ocupacional da morbidade de sua clientela (DEMBE, 1995: p. 3). Todos esses elementos levaram este autor a concluir que as opiniões médicas sobre as doenças relacionadas ao trabalho são cultural, social e historicamente condicionadas.

Na mesma direção, em 1993, dez pesquisadores publicaram uma pesquisa multicêntrica realizada em sete instituições americanas e européias, que resultou na

excesso como fator desencadeante. O autor não esclarece, no texto, entretanto, a razão de uma denominação tão específica.

⁶ Trata-se, atualmente, do diagnóstico mais frequente entre os portadores de LER. No levantamento feito entre os funcionários do BANESPA, 91 % dos casos notificados possuíam o diagnóstico de STC. (Pina-Ribeiro, 1995: 25)

⁷ Oliveira (1991) menciona que a STC teria sido descrita em 1854 por Sir James Paget, porém ganhou divulgação através do Dr. Phalen, que inclusive propôs um teste ainda hoje utilizado para identificar a enfermidade, que consiste em solicitar a flexão extrema do punho acometido. Formigamento, hipo ou hiperestesia em resposta a essa manobra sugerem a presença da enfermidade.

proposição de um modelo conceitual para as desordens musculoesqueléticas de membros superiores e pescoço.

O referido artigo rejeita a interpretação que associa a dimensão epidêmica das LER à busca de benefícios por parte dos trabalhadores. Os autores afirmam que essas desordens foram reconhecidas há séculos e que sua associação com certas ocupações já era feita antes que os esquemas de benefícios existissem.

Assim, sublinham a multicausalidade e a necessidade de um modelo que auxilie a compreensão dessas desordens, considerando a natureza complexa da interação entre exposição, quantidade de estímulos, capacidade e resposta:

"A model of the interaction between physiological, mechanical, individual, and psychosocial factors provides a framework for integrating epidemiologic findings with laboratory studies." (ARMSTRONG e col., 1993: 73)

A proposição desse modelo visa, portanto, a garantir o olhar mais abrangente sobre essa problemática, o que equivale, de fato, a admitir a insuficiência de uma perspectiva exclusivamente clínica (ou semiológica).

Em contrapartida, essa perspectiva confronta-se com inúmeras dificuldades próprias da caracterização do risco em epidemiologia, notadamente na área ocupacional. Conforme apontaram SANTOS (1992) e EAKIN (1992), entre outros, assinalando a praxe de se considerar a questão da segurança do trabalho um assunto restrito à área do comportamento pessoal, a partir do conceito de ato inseguro e da acidentabilidade de certos grupos de sujeitos. Estes aspectos, associados aos demais já enumerados em referência ao modelo clínico, eliminam do horizonte da reflexão a causalidade ocupacional, para priorizar as interpretações que imputam ao perfil

emocional de cada indivíduo as responsabilidades pelos fenômenos mórbidos no interior do processo de trabalho.

Utilizando um outro referencial, a paleoepidemiologia, que consiste no estudo das doenças através de esqueletos e corpos mumificados recolhidos em escavações arqueológicas, vem evidenciando sinais ósseos que guardam prováveis relações com as ocupações das populações estudadas:

“Respecto a las actividades desarrolladas por los habitantes de Mesoamérica antes de la llegada de los españoles, se utiliza como indicador el desgaste producido por el movimiento continuo en las articulaciones, lo cual provoca que se desarrollen osteofitos en los márgenes de los huesos. Cada labor se relaciona con determinados movimientos que dejan su huella en diferentes partes del cuerpo, según las cargas ejercidas.” (Morfin, 1996: 10)

Nessa mesma direção, SILVERSTEIN e col. (1996) mencionam o trabalho de pesquisadores do Museu de História Natural de Londres a partir de ossadas humanas em escavações na Síria, datadas do período neolítico. Essas peças trazem evidências de esforços físicos intensos, capazes de imprimir marcas anatômicas características.

Com respeito à análise dos condicionantes sociais no reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, DEMBE (1995) conclui que a instabilidade econômica, as estereotípias culturais baseadas no gênero, na classe ou na etnia, além das atenções da mídia, têm um importante papel nesse tipo de desordem, ficando os médicos com a função de vigias da sociedade (*gatekeeper*) para a criação de leis ou concessão de benefícios.

Num excelente ensaio denominado *The Australian RSI debate: stereotyping and medicine*, QUINTNER (1995) investiga os estereótipos sociais freqüentes na discussão das LER. O autor mostra que a literatura na área está impregnada de preconceitos que vão desde o papel da mulher no mercado de trabalho até a inserção de imigrantes nesse

mesmo mercado (*non-English-speaking*⁸). Conforme já foi assinalado, a polêmica sobre a causalidade das LER teve proporções extraordinárias naquele país. Expressões como “*migrant arm*” e “*kangaroo paw*” foram cunhadas para expressar aquilo que era tido por alguns como um fenômeno tipicamente australiano. QUINTNER (1995) aponta, de modo muito agudo, a recepção que a sociedade, via de regra, faz dos julgamentos médicos; enfatizando a responsabilidade desses profissionais, que podem prejudicar não só seus clientes, mas a si próprios e à medicina de modo geral.

Isto indica que, ao questionar a etiologia ocupacional das LER, a Medicina do Trabalho assume, *de fato*, um lugar de *normatizadora do adoecer* ao qual esteve sempre ligada, *por direito*, tal como observaremos nas considerações sobre a constituição dessa especialidade enquanto prática social mediadora das relações entre o capital e o trabalho.

I.2 Da saúde ocupacional à saúde dos trabalhadores: representações eruditas sobre as doenças de natureza ocupacional

Assim como nas demais especialidades, a Medicina do Trabalho vem, desde o seu surgimento, desenvolvendo um *corpus* de conhecimento a partir de determinados pilares da racionalidade científica.

⁸ Deve-se assinalar que aqui o estereótipo (e o preconceito) dirige-se não ao estrangeiro de modo geral, mas àqueles que não compartilham do mesmo código linguístico e, portanto, de matrizes culturais tidas como semelhantes ou equivalentes.

A criação de mecanismos de proteção à saúde dos trabalhadores teve o seu aparecimento no continente europeu. KRÖLLS (1994) mostra que, em 1440, o médico Ulrich Von Ellenberg apontava problemas de saúde entre os mineiros alemães⁹.

Christophe Dejours propõe uma periodização na luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e vida, a partir de três momentos distintos: do século XIX até o fim da primeira grande guerra; daí até 1968 e dos episódios de maio de 68 até os nossos dias (DEJOURS, 1991). Evidentemente, essa periodização refere-se às ações organizadas, tais como as concebemos hoje, uma vez que a luta pela sobrevivência acompanha toda a história da evolução humana.

Partindo de numerosas informações sobre as mudanças na legislação francesa acerca dos direitos dos trabalhadores, esse autor aponta três principais eixos de análise: a luta pela sobrevivência dos operários das primeiras metrópoles do século XIX, as tentativas de salvar os corpos das doenças e acidentes no âmbito do taylorismo e o despertar para um novo conceito de saúde e qualidade de vida no trabalho a partir de 1968.

Dejours mostra o crescimento exponencial dos acidentes e mortes oriundos do trabalho no período de intensificação da produção capitalista de viés taylorista e assinala o papel das organizações sindicais na construção de uma agenda de proteção à saúde da população trabalhadora.

Vale a pena observar que tornaram-se cada vez mais sofisticadas as reivindicações operárias. Ainda que pareça paradoxal, é imperioso reconhecer também que a última década do século XX está sendo marcada por uma severa regressão dos mecanismos de

⁹ De fato, Ramazzini localiza observações de Lucrécio sobre a saúde de operários das minas de carvão ainda na

proteção ao trabalho e aos trabalhadores (MATTOSO,1994; ANTUNES, 1995), que haviam sido conquistados em dois séculos de lutas acirradas entre trabalho e capital. Por hora, uma análise mais cuidadosa de cada um desses aspectos é fundamental para a compreensão de várias características das idéias e das práticas atuais na área de saúde e trabalho e que, no caso das LER, foram essenciais para a constituição de um campo de disputas bastante acirradas, tanto entre médicos do trabalho e trabalhadores, quanto no interior da própria corporação médica .

Inicialmente é necessário ressaltar a natureza pecuniária da maioria das ações em saúde do trabalhador. Tanto do ponto de vista dos trabalhadores quanto da perspectiva do Estado há um sem número de ações relacionadas à indenização e imputação fiscal para os agravos relacionados à esfera produtiva. Multas aos empregadores, ressarcimento financeiro aos operários e suas famílias.¹⁰

Essa tradição é atribuída ao direito francês, porém pode ser verificada na prática jurídica de diversos países, incluído o Brasil.

O primeiro e talvez mais relevante resultado da adoção de medidas pecuniárias no controle da nocividade do trabalho é a delegação de *poderes periciais* ao trabalho dos médicos ligados à essa problemática. Uma vez que se trata de provar em juízo o dolo ou a culpa de alguém, a tarefa do profissional de medicina passa a ser a de reunir instrumentos e provas daquilo que é reclamado ou contestado.

A segunda consequência é, no dizer de DEJOURS (1991), a *revelação do corpo como ponto de impacto da exploração*.

era pré-cristã (Mendes, 1995: p.5)

Essa perspectiva imputa ao trabalho a capacidade de provocar desgaste apenas ao *corpo* que trabalha, enfatizando a mortalidade e a morbidade desmedidas no âmbito do processo de intensificação do modo capitalista de produção, sem contudo, exibir a verdadeira abrangência dessa problemática:

“A proposição é exata, e seria um erro pô-la em dúvida. Mas é muito limitada. Como se os mecanismos invisíveis de exploração exigissem para serem evidenciados, uma demonstração dos seus efeitos visíveis no corpo.” (DEJOURS, 1991: p. 21)

O autor chama a atenção para a armadilha das evidências orgânicas criada por essa concepção de desgaste. Nesse enquadre podemos situar o surgimento da idéia de *nexo causal*, verdadeiro alicerce conceitual da saúde ocupacional. Por definição, a ação das perícias médicas na área de saúde do trabalhador apoia-se nos mesmos pilares adotados pelo sistema policial: a construção de provas materiais irrefutáveis. Isto implica na delegação de características específicas ao trabalho médico e na necessidade de evidências objetivas das queixas dos operários, aspectos que serão objeto de nossa atenção nos próximos capítulos.

Vale, no entanto, mencionar, que as idéias que presidem o julgamento clínico nessa área estão pautadas pela suspeita, pela noção biológica de desgaste e pela negação ou, no mínimo, subestimação das queixas operárias. Esta característica é tanto mais grave, quanto mais difusa e inespecífica é a apelação do trabalhador:

“É comum encontrarmos nos manuais técnicos sobre as doenças ocupacionais, principalmente naqueles dirigidos à formação de peritos médicos, como único item relacionado

¹⁰ Veja-se, por exemplo, a prática brasileira de pagamento adicional salarial para insalubridade e periculosidade dos locais e atividades profissionais, considerados por alguns como *adicional de suicídio* ou *homicídio a longo prazo* (Nogueira, 1985:p.73).

aos aspectos da saúde mental, como reconhecer e lidar com a situação de simulação de doença pelo trabalhador durante a avaliação.

Parece que as questões ligadas ao sofrimento emocional dos trabalhadores devem ser prioritariamente (e, às vezes, exclusivamente) encaradas do ponto de vista do seu potencial de simulação...” (BORGES, 1997, p.199)

Isto insere um fator singular na prática profissional de médicos do trabalho, como ainda assinala BORGES:

“Uma das relações que causam maior ansiedade e sofrimento aos trabalhadores com LER é a que estabelecem com os médicos, particularmente com os peritos do INSS.

A suspeição quanto à não veracidade da dor opõe o médico ao doente, colocando em cheque o paradigma idealizado da relação médico-paciente, que implica numa relação de confiança, acolhimento e ajuda.” (BORGES, 1997, p.198)

No cenário policial em que passaram a figurar as lutas pela saúde dos trabalhadores, caberá ainda examinar a participação das suas entidades de representação. O movimento operário passará a exercer um papel cada vez mais influente nessa arena. Ainda que sujeito a contradições e ambigüidades.

Ao mencionar a emergência da legislação francesa de proteção à saúde dos trabalhadores, ROUSTANG (1985) observa o conjunto de impasses políticos e técnicos vividos pelas entidades sindicais na França. As organizações operárias são levadas a discutir a óbvia dimensão técnica da proteção ao trabalho (produção de conhecimento em ergonomia, análise epidemiológica dos ambientes de trabalho, avaliação dos riscos de cada ocupação, etc...), ao mesmo tempo em que desejam denunciar o colaboracionismo entre capital e Estado na manutenção dos interesses patronais.

Desta feita, o padrão hegemônico de desenvolvimento econômico da segunda metade do nosso século determinou profundas mudanças estruturais no jogo de forças

entre trabalho e capital, particularmente sentida nos países de capitalismo retardatário, como o Brasil, desde o final da década de 80.

Fartamente examinada, ainda que sob distintas denominações e enfoques, a crise do novo mundo do trabalho parece marcada pela ruptura de padrões anteriores de representação e *conflitualidade* do trabalho organizado, em favor do “*capital reestruturado sob dominância financeira*” (MATTOSO, 1994, p. 522).

A despeito da emergência de um novo tipo de trabalhador, mais adaptado às exigências das novas formas de produzir (produção flexível), com maiores recursos para controle autônomo do trabalho e gestão participativa, além de uma nova ética social (mais voltada, por exemplo, para um desenvolvimento ecologicamente orientado¹¹), a contrapartida do chamado *desemprego estrutural* ou *tecnológico* engendra um novo cenário:

“A redução dos níveis de segurança do trabalho do pós-guerra, sem a plena configuração de uma nova relação salarial e de um padrão de consumo compatíveis com o salto executado pelas revigoradas forças produtivas, tem ampliado a *fragmentação* e a *desestruturação do trabalho*, acentuado a *paralisa política* e o *defensismo estratégico* do movimento sindical e reduzido ainda mais a *solidariedade* e a *coesão social*, que terminam por ampliar as dificuldades de se reconstruir uma nova hegemonia transformadora.” (MATTOSO, 1994, p. 525)

O *defensismo estratégico* ao qual alude MATTOSO, diz respeito às respostas dos trabalhadores a uma conjuntura caracterizada pela chamada *precarização* das condições de inserção de amplos setores da mão-de-obra. Os ganhos de redução da jornada de trabalho, aumento dos salários indiretos, estabilidade no emprego e aspiração por satisfação no trabalho chegam ao fim do século XX sob violenta suspeição social. Enquanto isso, *o trabalho ilegal dos imigrantes, o crescimento do emprego feminino e a*

deterioração da renda (MATTOSO, op. cit) ampliam as formas de precarização, exigindo estratégias individuais e coletivas dos trabalhadores.

Nos anos 80 a erosão internacional dos níveis de sindicalização¹² acompanhou a redução nas formas de influência política e formação de opinião pública conquistadas pelas entidades sindicais após a segunda guerra.

Assim, pressionados por uma conjuntura inteiramente desfavorável, os trabalhadores se vêem forçados a buscar novas formas de negociação com vistas à manutenção do emprego, que passa a figurar em caráter quase exclusivo nas agendas de reivindicação, minimizando as questões relativas à saúde.

As precaríssimas condições de trabalho, que foram consideradas responsáveis por um grande incremento da mortalidade operária nos primórdios da industrialização, ensejaram a criação de eventos internacionais para a *“troca de experiências e a harmonização de conceitos e critérios para a Medicina do Seguro”* (MENDES, 1995: p.11)¹³. Esses encontros formularam propostas como a equiparação entre as doenças e os acidentes de origem ocupacional (II Congresso Internacional de Bruxelas, 1910) e a elaboração de uma tabela de doenças profissionais legalmente atribuíveis ao exercício profissional (cf. MENDES, op. cit).

Essas medidas resultaram ainda na elaboração de diversas listas que vêm sendo revistas em razão dos condicionantes histórico-sociais.

¹¹ Ver, a este respeito, OFFE, 1984.

¹² MATTOSO (1994) mostra que, à exceção dos países nórdicos, houve uma clara tendência de declínio nas taxas de sindicalização nos países industrializados. Dados da OCDE apontam a redução de cinco milhões de membros na década de 80.

¹³ Trata-se da tentativa de buscar indenização pecuniária para os chamados infortúnios do trabalho, cf. MENDES, 1995.

Conforme já foi observado, a natureza preferencialmente securitarista das ações em saúde e trabalho determinou um perfil específico para a formação do pessoal e modos de agir nesse âmbito. Assim, a primeira providência passa a ser a identificação daquilo que pode ser objeto de intervenção. Trata-se de constituir a **doença** e o **acidente** provenientes do trabalho.

A primeira lista de doenças atribuíveis à exposição ocupacional elaborada em 1925 possuía apenas três diagnósticos. Hoje a mesma está sendo revisada por um comitê internacional e conta com 29 diagnósticos de enfermidades relacionadas ao processo de produção (MENDES, 1995: p.39). A definição dessas doenças obedece alegadamente a critérios médicos, mas pode-se afirmar que jogam um papel importante os aspectos extra-nosográficos, tais como a pressão sindical e popular em cada um dos países e mesmo em distintas regiões de um mesmo país.

Os países membros da OIT (Organização Internacional do Trabalho) adotam três sistemas diferentes de listas: o sistema fechado de doenças, que admite a discussão apenas dos quadros ali mencionados (França e Itália), o sistema misto, que admite a inclusão de enfermidades não constantes da lista, desde que estabelecido onexo causal com a condições de trabalho (Brasil e a maioria dos países). O sistema aberto parte das realidades epidemiológicas regionais e admite o reconhecimento das enfermidades de modo mais flexível. É o caso dos EUA e da Suécia (MENDES, 1995: 11)¹⁴.

¹⁴ A necessidade operária de articular projetos internacionais de combate à nocividade do trabalho, bem como a internacionalização do capital e a criação de câmaras comuns de mão-de-obra, favoreceram a criação da Organização Internacional do Trabalho em 1919, presidida inicialmente por Samuel Gompers, dirigente sindical norte-americano (GOMES, 1987: p.23). A OIT adota um estilo de composição único entre todas as organizações das Nações Unidas: o princípio de tripartição. Trata-se de representações de trabalhadores, empregadores e governos que participam com idênticos direitos de todas as decisões (GOMES, 197: p. 24). Trabalhando sob a forma de recomendações ou de convênios, os países signatários da OIT obrigam-se a ratificar as normas oriundas das comissões técnicas.

A problemática do reconhecimento das enfermidades de origem ocupacional ou relacionadas com o processo de trabalho está subordinada a condicionantes políticos, culturais, econômicos e sociais de cada realidade regional.

THEBAUD-MONY (1991) observa que, a despeito do inegável aumento do número de enfermidades constantes nas listas nacionais européias, registra-se um claro decréscimo na proporção entre os casos indenizados em relação aos declarados. A autora assinala que este fato pode estar relacionado à crise econômica que constrange o mercado europeu nos últimos anos. Não obstante, jogam um papel fundamental nesse quadro, a escala de valores sociais e éticos da própria sociedade e os juízos éticos dos médicos do trabalho em particular. A fixação de critérios rígidos de diagnóstico e enquadramento nosológico não chega, portanto, a homogeneizar as taxas de reconhecimento das doenças profissionais.

O caso dos cânceres de origem ocupacional pode ser muito ilustrativo. Ainda que os estudos epidemiológicos apontem que mais de 75% dos casos de mesotelioma possuem clara relação com a exposição profissional, a proporção entre os casos declarados e aqueles reconhecidos varia muito de país para país. Dados de 1984 mostram que em 21 casos de mesotelioma declarados, a Noruega reconheceu 2 como sendo de natureza profissional enquanto que no mesmo período a Grã-Bretanha reconheceria 7 dos 8 casos declarados (THEBAUD-MONY, 1991: p. 99).

Na Alemanha, em 1994, dos 1718 casos registrados de doenças dos cordões tendinosos, musculares e inserções tendinosas, apenas 7 foram aceitas para compensação

financeira, sendo que a reunificação alemã promoveu uma severa retração dos organismos encarregados de julgar os pedidos de asseguração:

“Na Alemanha Oriental algumas doenças da coluna vertebral, supostamente causadas por carregamento de peso foram reconhecidas como doenças ocupacionais. O grande problema é que não existem meios objetivos diretos que demonstrem que uma doença degenerativa da coluna seja causada pelo trabalho. Aproximadamente 20.200 trabalhadores afirmam que suas doenças estão relacionadas com o trabalho que exercem, mas apenas 164 casos de doenças específicas foram aceitos como doenças ocupacionais até agora.” (KRÖLLS et al., 1994, p. 20)

A primeira hipótese para justificar a ocorrência dessas discrepâncias no reconhecimento da natureza ocupacional de determinadas enfermidades é o sistema de valores que fundamenta o juízo médico nas suas ações. A noção de *causalidade* assume então uma função essencial no direcionamento das ações médicas, aí inscritos todos os desdobramentos (clínicos, periciais, etc...). Conforme veremos mais adiante, a história do trabalho médico estará, sempre marcada pelas concepções biologizantes de saúde e doença, o que, sem dúvida, determinará um contexto bastante particular na Medicina do Trabalho, como ilustra THEBAUD- MONY:

“A despeito das cifras, as representações e lógicas sociais comuns parecem exercer sua influência nos diferentes países, em particular sobre a interpretação clínica e a utilização dos conhecimentos científicos pelos médicos. Esses últimos são, provavelmente, nos países citados (França e Grã-Bretanha), dominados, como na França, pela representação dos fatores de risco individuais.” (THEBAUD- MONY, op. cit: p.100, tradução nossa)

Isto implica, é claro, em rever a própria noção de indivíduo, como assinala DODIER:

“Existe, com efeito, uma grande coerência entre o estatuto de pessoa na clínica médica - um indivíduo no qual o médico vê lesões - e a necessidade de objetivar características individuais, nas instituições que devem tomar decisões com o apoio de provas.” (DODIER; 1991: p.80, trad. nossa)

O debate sobre a noção de indivíduo no interior das práticas e teorias médicas tem sido travado em inúmeros trabalhos. Em quase todas as análises aparece o caráter reducionista da apreensão desse conceito:

“É assim que se fundamenta a pedra angular da estruturação social da prática médica: sua capacidade de individualizar o doente rompendo legitimamente as relações que mantém consigo mesmo e com os outros homens... uma vez doente, o homem é abstraído desse contexto mais amplo e recodificado inteiramente por um saber autorizado a reduzi-lo a ele só, indivíduo despido de todas as conexões que constituem em conjunto o significado de sua vida.” (GONÇALVES, 1990: p.52)

Nesse quadro, a normatividade médica que, no âmbito da Medicina do Trabalho, atinge seu clímax, estará autorizada a operar suas clivagens metodológicas e heurísticas segundo seus interesses de legitimação e controle.

O médico do trabalho, como perito, tem diante de si o dilema de conciliar o ponto de vista do doente (aleadamente o ponto crucial de apoio da prática clínica), com a racionalidade típica da atividade pericial que consiste em elucidar eventuais discrepâncias entre a realidade objetivada pelo olhar médico e a realidade referida pela experiência referida pelo trabalhador doente.

“Em certas áreas de ação, os médicos apoiam-se em seus diagnósticos para julgar a validade das queixas das pessoas. Eles adotam uma postura crítica em relação a essas queixas, eles “vêm” qual é a experiência apropriada com tal estado do corpo.” (DODIER, 1991, p. 83, trad. nossa)

I.3 A caracterização jurídico-pericial das LER no Brasil

No Brasil, os agravos à saúde resultantes das condições de trabalho foram classificados em 2 tipos: **doença profissional típica** ou **tecnopatía** e **doença do trabalho** ou **mesopatía do tabalho**.

No primeiro caso está a enfermidade *"inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante da relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social"*. Em seu artigo 140, o Decreto 611 de 21 de julho de 1992 prevê uma relação de agentes patogênicos. A lista inclui agentes químicos, físicos, biológicos e radiações. Não há qualquer referência aos aspectos emocionais ou à fadiga. Ainda que de modo muito difuso, esses aspectos estariam compreendidos no grupo de doenças **relacionadas ao trabalho** (*work related diseases*) que em 1983 receberam a seguinte definição da OMS (Organização Mundial de Saúde):

"pode ser um termo apropriado para descrever agravos outros que, e em adição às doenças profissionais legalmente reconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou as condições de trabalho contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude." (MENDES, 1989, p.21)

O que é sublinhado pela OMS é o fato das enfermidades relacionadas ao trabalho também atingirem a população geral, ainda que exibam frequências superiores entre trabalhadores (ou mesmo a incidência em indivíduos mais jovens que os grupos nos quais essas doenças são consideradas "normais")¹⁵ (MENDES, 1989).

¹⁵ Embora sejam raríssimos os estudos epidemiológicos das LER, em 1979, BJELLE et al. mostraram um risco onze vezes maior de contrair a enfermidade no grupo de expostos (ALMEIDA, 1998, p. 102)

Entre essas doenças encontramos problemas prevalentes da Saúde Pública de países industrializados tais como hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, câncer, entre outros.

O que parece, portanto, essencial no reconhecimento de uma doença **relacionada** ao trabalho é a determinação de seu nexos com as condições de trabalho.

Nesse sentido, Shilling relaciona três categorias :

- a) trabalho como causa necessária*
- b) trabalho como fator contributivo, mas não necessário*
- c) trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida " (Shilling, apud MENDES, 1989: p.21)*

É necessário assinalar o caráter difuso e inespecífico da definição desse conjunto de doenças que dependerá em cada país da tradição jurídica, da força e organização do movimento sindical, bem como da capacidade de diagnóstico e fiscalização das condições de trabalho.

Em relação à tradição jurídica, FRANÇA (1991) mostra que a legislação atual baseia-se no conceito de risco profissional que sustenta o argumento de que :

"todo o trabalho, por mais simples que seja, traz sempre consigo um risco próprio independente de culpa do patrão ou do empregado." (FRANÇA, 1991, p.116)

Essa doutrina, ao contrário das anteriores (aquiliana e contratual¹⁶, vigentes no Brasil até 1944) não tem a preocupação de caracterizar a culpabilidade pelo episódio de risco. Ao descrever a situação atual da Infortunistica ¹⁷ França observa que

¹⁶ A primeira defendia a culpa delituosa do empregado e a segunda responsabilizava o patrão (FRANÇA, 1991: p.116)

"Considera-se o acidente, nessa conceituação, como inevitável, havendo, por isso, interesses e prejuízos mútuos, onde perdem e ganham patrão e empregado, surgindo uma compensação final cujo equilíbrio é estabelecido por uma instituição responsável pela indenização." (FRANÇA, 1991, p. 117)

A chamada *doutrina do risco profissional* baseia-se, portanto, numa premissa securitária, segundo a qual a vítima (o trabalhador) sempre faz juz aos benefícios securitários,

"a menos, é claro, que haja dolo ou culpa grave por parte do acidentado, quando o traumatismo já não pode ser caracterizado como acidente." (SEGRE, 1985, p.57)

Em relação ao **dolo**¹⁸, a legislação refere :

"o que resultar de dolo do próprio acidentado, não é acidente de trabalho, compreendida neste a desobediência a ordens expressas do empregador" (Decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944)

A **culpa** do acidentado, por sua vez,

"não descaracteriza o acidente de trabalho, seja por imperícia, imprudência ou negligência. Aceitar a culpa do empregado seria negar o conceito indiscutível do risco profissional." (FRANÇA, 1991: p.118)

A esse respeito os juristas manifestam o chamado *princípio da responsabilidade objetiva*:

"A indenização de acidente é paga porque o infortúnio é um risco que deve ser suportado pela sociedade e não apenas pelo empregador." (NASCIMENTO, 1984, p.447)

¹⁷ "a parte da Medicina Legal e da legislação social que trata dos riscos industriais, acidentes de trabalho e doenças profissionais" (cf. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 1975)

Confirmando uma posição bastante freqüente na área de saúde do trabalhador, também a legislação alerta para estratégias adotadas pelos trabalhadores visando a concessão de benefícios: a simulação, a metassimulação e dissimulação.

No primeiro caso estão os fenômenos subjetivos como dores, paralisias, surdez, etc. No segundo caso a consequência da lesão sofrida é aumentada. O sintoma mais referido é a dor. Na dissimulação o acidentado diminui ou omite certas circunstâncias visando acelerar o retorno ao trabalho.

Muitos autores¹⁹ têm alertado para a má aplicação desses preceitos que na verdade ocultam uma concepção que atribui ao trabalhador uma eterna atitude de má fé diante das autoridades de saúde ou da previdência social.

França observa ainda que o risco profissional, nesta doutrina jurídica, passa a ser considerado em três categorias:

- a) risco genérico : incide sobre todas as pessoas , independente de suas ocupações
- b) risco específico : é aquele que decorre da própria natureza do trabalho
- c) risco genérico agravado : decorre das circunstâncias especiais do trabalho ou das condições em que este se realiza.

SEGRE observa que a Lei nº 6.367 de 1976 traz, entre outras inovações, a classificação das empresas segundo o risco para a saúde dos empregados: risco **leve**, **médio** e **grave** . Essa classificação impõe às empresas um acréscimo nas contribuições previdenciárias em 0,4% , 1,2% e 2,5% respectivamente (SEGRE,1985, p.62).

¹⁸ Trata-se da circunstância na qual houve intenção de crime por parte do criminoso.

¹⁹ Ver BORGES, 1997.

Essa medida vem sendo contestada pelos críticos da chamada **monetarização dos riscos** (BERLINGUER,1989: p.13). A maior resistência em relação ao pagamento de adicionais face ao risco no trabalho foi observada na Itália. Desde 1970 o chamado "*estatuto dos trabalhadores*" condena qualquer tipo de bonificação por atividades arriscadas ou "*retribuição do perigo*" conforme qualificam essa prática. Essa medida é extensiva aos prêmios por produtividade que envolvem riscos ou sobrecarga (PARMEGGIANI, 1985, p.21).

A legislação brasileira é considerada ambígua com relação às **doenças relacionadas ao trabalho**. Segundo os dispositivos legais mais recentes (Lei nº 6.367 de 19 de outubro de 1976), a doença do trabalho é referida apenas como aquela que "*resultou de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente*" (art. 2º parágrafo 3º).

Sendo assim, transferiu-se à perícia médica a responsabilidade pelo nexo entre a causa e o efeito da doença do trabalho. Essa circunstância vem sendo apontada como a principal causa de litígios judiciais nos casos de Lesões por Esforços Repetitivos já que depende do juízo de cada médico perito a determinação do nexo causal, ressaltando-se o fato de que a principal queixa dos portadores é a dor muscular, fenômeno de difícil comprovação objetiva.

RUSSOMANO observa que:

"Ao contrário, no caso de enfermidades profissionais atípicas, a prova da relação entre a doença e o trabalho cabe à parte que a alegar. Agora, diversamente, até que essa comprovação seja feita, presume-se que a enfermidade não tem natureza profissional." (RUSSOMANO,1983: p. 355)

Três elementos caracterizam, no Brasil, o acidente e as enfermidades ocupacionais: a existência de uma **lesão pessoal**, a **incapacidade para o trabalho** e o **nexo de causalidade**.

Desses elementos, o mais controverso é o último, pois as relações de causa e efeito envolvem sempre um conjunto de variáveis técnicas e políticas.

Um dos recursos para a definição das condições adversas de trabalho recebe a denominação de **limites de tolerância**. Nesse sentido encontramos um conjunto de critérios que cada país estabelece para a

"a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral" (MENDES, 1989: p.19)

Trata-se, contudo, de uma delicada questão, já que é muito difícil determinar padrões coletivos e individuais de respostas a exposição aos agentes nocivos, sobretudo quando se considera a sinergia desses agentes como ainda adverte MENDES:

"No mundo real... ocorre exposição simultânea a vários agentes químicos e físicos (além de produtos intermediários ou impurezas mal conhecidos)." (op. cit., p.20)

COLACIOPPO acrescenta que a legislação brasileira restringe-se aos **agentes químicos, radioativos e biológicos**,²⁰ bem como dispõe que tal limitação refere-se exclusivamente à **vida laboral** do operário:

"deixando sérias dúvidas quanto aos danos à vida extra-laboral... alguns efeitos podem aparecer tardiamente e observados na vida pós-laboral" (COLACIOPPO, 1989:122)

²⁰ COLACIOPPO observa ainda que a expressão Limite de Tolerância vem sendo refutada por técnicos que preferem os termos Níveis Aceitáveis de Exposição ou Limites de Exposição (1989 : p. 99)

No Brasil, a única norma limitadora de esforços repetitivos refere-se ao limite de padronização no caso dos digitadores (8000 toques por hora trabalhada), através da NR (Norma Regulamentadora) 17/Portaria nº 3.751, de 23 de novembro de 1990/ MTb, restando ainda sem definição explícita todas as demais categorias expostas à repetição de movimentos, à postura forçada ou sobrecarga de um grupo muscular específico.

Ao historiar as lutas travadas pelos sindicatos brasileiros de digitadores na década de 80, MONTEIRO (1995) mostra que a primeira vitória na consolidação de uma legislação acerca das LER surgiu com a publicação, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, da circular nº 501.001.55 nº 10, Rio de Janeiro, de 7/11/86 onde se declara que

“A tenossinovite, quando resulte de movimentos articulares intensos e reiterados, equipara-se nos termos do artigo 2º, parágrafo 3º, da lei nº 6.367, de 19/10/76 – a um acidente de trabalho, fazendo jus o segurado, nesta hipótese, às prestações do respectivo seguro” (diploma legal apud MONTEIRO, 1995, p. 260)

Tendo sido apenas o primeiro dos dispositivos legais de reconhecimento do nexo causal entre o trabalho e as LER, seguiram-se, por força de acirradas lutas sindicais²¹, outros instrumentos que culminaram com a publicação, em 1993, das *Normas Técnicas Para Avaliação da Incapacidade*, já então pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que admite a dispensa da investigação do posto de trabalho, como antes exigia a portaria nº 4.062/87, assinala MONTEIRO (1995), nas atividades reconhecidamente geradoras de LER. Isto significou, ainda na opinião deste autor, um *enorme avanço a*

²¹ Há uma copiosa descrição do processo de reconhecimento do nexo profissional das LER no Brasil, no excelente trabalho de ROCHA, 1989, à cuja análise voltaremos mais adiante.

quanto se fazia no passado. Não obstante, as medidas legais jamais chegaram a solucionar controvérsias e polêmicas, tanto judiciais quanto acadêmicas, em relação ao nexo de causalidade entre as LER e os processos e organização do trabalho:

“as LER há bem pouco tempo foram reconhecidas como doenças do trabalho. Assim é que para casos mais antigos, ou verificados em funções que não as especificadas na circular origem nº 501.001.55 nº 10, de 7/11/86 e portaria nº 4.062 de 06/8/87, há que recorrer ao Poder Judiciário para conseguir a indenização. Mas não é só nestes casos. Hoje em dia, com raras exceções, as empresas não aceitam que em suas linhas de produção, ou de montagem, ou até mesmo em tarefas típicas e sabidamente causadoras de LER, se verifique este tipo de doença. Em consequência dificultam a emissão da CAT e causam muitas vezes quadros irreversíveis da doença em seus empregados.” (MONTEIRO, 1995, p.270)

Concluindo, a determinação dos riscos profissionais bem como a conseqüente concessão de benefícios previdenciários àquele que adoece em virtude das condições de trabalho é objeto de interpretações conflitantes que, com freqüência acarretam disputas judiciais burocratizadas e morosas.

O que fica claro, entretanto, é que cada parte envolvida (Estado, empregados e empregadores) é tributária de um discurso particular sobre a doença, discurso esse que está montado sobre distintas representações sobre o trabalho, a responsabilidade e o dolo e que engendra práticas e ações específicas, as quais nos interessa esclarecer, desde que presentes também na constituição da própria doença e no seu reconhecimento jurídico, engendrando práticas sociais.

I.4 As polêmicas acadêmicas em torno das LER

A discussão de estilo mais indelicado (quando se pensa no tradicional formalismo dos textos acadêmicos) é aquela que põe sob suspeita a própria existência dessa enfermidade. Sob o título “*Does RSI exist ?*” o respeitado periódico inglês *Occupational Medicine* publicou em 1993 duas cartas que exemplificam o tom em que têm sido discutidas as concepções sobre as LER. Dr. A. J. Slovak, epidemiólogo da Universidade de Manchester, declara não encontrar evidências consistentes da existência desse tipo de “injúria”. Coloca inclusive, em dúvida, os achados histológicos referidos por Dennett e Fry, que descrevem mudanças musculares microscopicamente observáveis. Sugere que poderiam ser artefatos metodológicos, reiterando a ausência de evidências patológicas para fundamentar as LER (por ele designada como RSI, Repetition Strain Injury, conforme o uso britânico).

Partindo da constatação de inespecificidade das designações de quaisquer experiências de desconforto musculoesquelético enquanto sinônimo de RSI, o missivista propõe que essa inespecificidade, longe de confirmar, apenas desacredita a coerência científica desse esquema conceitual. Concluindo, Dr. Slovak compara RSI à celulite, afirmando serem idéias popularmente reconhecidas, mas cientificamente estéreis, ainda que confirmadas pelos “*quak nostrums*” (nossos charlatães).

Na réplica, Mr. Pheasant, ergonomista²², a cujo artigo anterior a carta referia-se, argumenta a partir de diversas bases de análise, das quais a principal seriam as

²² Fora da corporação médica, os principais opositores aos discursos que negam as LER são os ergonomistas e os advogados. Os últimos possuem razões óbvias para fazê-los, já que sustentam processos judiciais contra empresas e dependem de laudos e pareceres médicos. Os primeiros, no entanto, argumentam a partir de um conhecimento

evidências epidemiológicas²³ que sua experiência de ergonomista permite referendar. Mencionando a suspeição de charlatanismo expressa pelo missivista, Mr. Pheasant observa que espera que a expressão não se refira aos ergonomistas, pois caso assim seja, não vê outros argumentos para o debate, senão *pistolas ao amanhecer...*(Occup. Med. 1993, vol. 43, Nº 1: 53)

Pois bem, o teor dessa troca de correspondências pode dar bem a medida do nível das indefinições que por vezes acompanha o debate em torno das LER.

São inúmeras as publicações médicas que procuram reunir argumentos favoráveis ou não à existência das LER, e é possível afirmar que todos os textos de que dispomos têm, por pressuposto, a intenção de comprovar ou negar a causalidade ocupacional dessa enfermidade. É como se, antes e sobretudo, fosse necessário defender ou refutar onexo causal das LER, ao invés de discutir seu tratamento, sua prevenção, seu prognóstico ou seu registro sistemático. Nesta arena, tudo é discutido e discutível. É doença? É embuste? É um equívoco? É um grave problema de saúde pública? É uma metáfora político-social?

Em mais uma controvérsia, esta publicada no prestigiado JOEM (*Journal of Occupational Environmental Medicine*) em 1996, os americanos Silverstein e col., de larga tradição na publicação de estudos sobre as LER, respondem ao médico Notin Hadler que havia assinalado reservas quanto à cientificidade desses trabalhos, com um texto forte e pleno de ironias. Num dos exemplos assinalados, HADLER menciona

técnico que se produz a partir de modelos de análise biomecânica da ação humana no trabalho, e, não raro, são desautorizados pelo saber clínico. Trata-se de um interessante debate, que não detalharemos aqui, em razão da escolha pela arena exclusivamente médica.

²³ Mais adiante procuraremos fazer uma discussão da problemática das *evidências epidemiológicas*.

que os exercícios repetitivos vêm sendo considerados benéficos para a saúde, ao contrário de serem causadores de doenças. Os opositores declaram textualmente:

“Isto é ridículo. ...isto significa dizer que desde que há cães amigáveis que podem ser desafiados sem morder, todos os cães podem ser importunados repetidamente com segurança.” (SILVERSTEIN, op. cit.: p.461, trad. nossa)

A publicação, se dispõe a responder de modo “científico” as acusações formuladas por Dr. Hadler de que não há evidências epidemiológicas para o nexo entre síndrome do túnel do carpo e o uso de teclados de computadores. O artigo, curiosamente, combina um tom extremamente acadêmico, com extensa revisão de literatura e um certo ar irônico:

“First, he relies on an overly selective choice of studies and misstates or omits some of their key facts. Second, he commits rudimentary errors of logic.” (SILVERSTEIN, op. cit.: p.478)

Um dos principais exemplos do caráter polêmico dos textos médicos sobre as LER pode ser encontrado em *The arguments about RSI: an examination*, dos australianos BAMMER et MARTIN (1988A)²⁴. Nessa comunicação os autores alinham os principais conceitos utilizados pelos defensores do que denominam de *visão standard* sobre as LER, em oposição aos aspectos propostos pelas *explicações alternativas* desse fenômeno.

Admitindo que os argumentos da concepção *standard* sobre as LER são débeis (*weaknesses*), o artigo procura mostrar que as explicações consideradas alternativas ou contrárias contém ainda mais problemas.

²⁴ A Austrália foi um dos países em que as LER mais criaram polêmicas judiciais, conforme assinala BAMMER, 1993. Trata-se, provavelmente por essa razão, do maior acervo de produção bibliográfica sobre o tema.

A visão *standard* ou *tradicional* associa incontestavelmente as LER ao processo de trabalho, notadamente a três aspectos: movimentos repetitivos rápidos, movimentos fortes ou violentos e esforço estático. Além disso, acentua-se o aspecto difuso das desordens observadas, que vão desde a dor e a fadiga até a perda de função motora e estados depressivos. Vários autores são apontados como signatários dessas opiniões e enfatizam o caráter difuso da enfermidade, tanto quanto assinalam que a doença atinge múltiplos sistemas e órgãos do corpo:

"The symptoms may arise from multiple sites including musculotendinous junctions, fibrous and sinovial tendon sheaths, tendon attachments to the bone, points of entrapment of the ulnar or median nerve and the muscles themselves." (Browne et col. apud BAMMER and MARTIN, 1988:349)

O artigo mostra que os defensores da visão *standard* consideram que o diagnóstico deve basear-se na história clínica associada à história ocupacional do trabalhador, além da exclusão de doenças reumáticas de origem não ocupacional. Do ponto de vista histopatológico são apresentados estudos que sugerem a existência de oclusão de capilaridade vascular, em nível do músculo atingido, que acarreta aporte insuficiente de metabolitos; provocando, inclusive, lesões degenerativas ao nível das fibras musculares e demais estruturas envolvidas.

"Em amostras de biópsias de pacientes com peritendinite. (...) foi encontrado edema do tecido areolar peritendinoso e muscular (particularmente na junção músculo-tendão), trombose das vênulas, depleção de glicogênio, retenção de ácido lático e alterações degenerativas do músculo." (Kurppa et col. apud ASSUNÇÃO, 1995: p.181)

Ao referir as concepções contrárias, os autores apontam quatro argumentos principais: os portadores são simuladores, sofrem de neurose de compensação, possuem

neuroses de conversão (histeria) ou padecem da fadiga normal após intensa atividade física.

Ao acusar de *simuladores* os trabalhadores, menciona-se a intenção deliberada de obter compensação financeira e liberação do trabalho. Além disso existem vantagens fiscais e outros benefícios concedidos a portadores de enfermidades de origem ocupacional. Chega-se a relacionar um certo clima de encorajamento a esse tipo de comportamento, graças a características da própria sociedade:

“When Australia has a political system that encourages honesty and integrity and society accepts the necessity of a ‘work ethic’, a reduction of ‘susceptible patients’ would save Australian taxpayers millions of dollars.” (Ireland apud BAMMER et MARTIN, 1988: p.351)

A “neurose de compensação”, por sua vez, é descrita pelos autores como um *desejo inconsciente de um lucro secundário*, favorecido pela condição de “doente”. Assinala-se que essa vantagem não precisa ser financeira, mas pode abranger o status de inválido, a atenção dos outros sobre o incapacitado e o direito de não trabalhar. A peça principal de comprovação dessa perspectiva é a desproporção entre a queixa dos doentes e a lesão objetivamente observável. Dois cirurgiões mencionados no artigo observam que muitos doentes melhoram tão logo recebem a compensação desejada, isto é, vantagem financeira ou securitária, além de benefícios de natureza afetivo-emocional.

A defesa da origem psicogênica das LER está bem descrita na literatura australiana. A dor referida pelos doentes originar-se-ia em conflitos internos e teria características de “dor imaginária”. Seus determinantes seriam aspectos mal resolvidos da sexualidade, além de angústia e desejos de ser cuidado e protegido. Por trás da

queixa de dor haveria uma tentativa de comunicar necessidades internas insatisfeitas. A ocorrência epidêmica das LER seria, nessa visão, uma forma de “histeria coletiva”. LUCIRE (1986), uma psicanalista australiana com extensa produção nessa perspectiva, considera que os portadores de LER possuem “*egg-shell personalities*”, com características compulsivas e autoindulgentes. É necessário observar, entretanto, que a autora afasta as conotações pejorativas eventualmente relacionáveis a essa descrição, preferindo considerá-los sintomas de determinada organização de uma personalidade especialmente vulnerável.

Enfatizando condições sociais favorecedoras de queixas dessa natureza, BAMMER et MARTIN (1988) observam que um considerável número de trabalhos considera as LER como meros episódios de *fadiga normal* oriunda de esforço no trabalho. O fenômeno estaria relacionado à falta de hábitos dos trabalhadores a determinadas tarefas, bem como ao ritmo de sua execução. A resolução do problema estaria no redesenho ergonômico das linhas de trabalho, além de repouso. Assinala-se que em outras condições o fenômeno seria *aceito em silêncio*:

“We seem now to live a time when we must have no stress and no pain in our lives. In fact, if there was a little more pain around (fatigue), one might feel more confident about the economic future of our country”. (Brooks apud BAMMER ET MARTIN, 1988:352)

Dois outros autores australianos, DEVES E SPILLANE (1989), agruparam em quatro modelos as principais perspectivas em que se colocam os autores e demais envolvidos na questão do equacionamento das LER.

Sob a denominação de *Patienthood Model* (numa tradução aproximada: *enfermalismo ou paciencialismo*) esses autores propuseram que as LER poderiam

representar, para alguns, um fenômeno psicossocial provocado por relações insatisfatórias de trabalho. Seriam uma espécie de recusa e condenação simbólica aos processos penosos de trabalho. Uma estratégia de uma fração dos trabalhadores para obter algum reconhecimento social num ambiente alienante e hostil.

Os autores mostraram que outros estudos identificaram doenças psicogênicas de massas em contextos ocupacionais semelhantes. Referiam-se especificamente à epidemia registrada nos anos 1830 e seguintes, entre telegrafistas do *British Civil Service*, bem como dos trabalhadores do *Post Office* na Grã Bretanha, na virada desse século.

Mediante a condição de doentes, os trabalhadores obteriam um espaço social de proteção e cuidado, impossível de ser obtido de outro modo, no julgamento dos "doentes". Seria uma espécie de manifestação psicossocial de uma crise nos processos contemporâneos de produção, o que justificaria seu desenho epidêmico internacional.

Outra concepção seria o Modelo Psiquiátrico, segundo o qual as LER seriam um tipo de conversão ou somatização de conflitos intrapsíquicos que poderiam **ou não** relacionar-se aos ambientes de trabalho. O principal argumento aqui seria a ausência de sinais físicos (objetivos) de enfermidade músculoesquelética, em geral presentes em outras doenças do mesmo grupo.

Devel e Spillane anotaram ainda o Modelo Médico e o Modelo de Dissimulação (*Malingering Model*).

No primeiro haveria uma doença orgânica, de causas biomecânicas, que demandaria uma intervenção exclusivamente médica.

Desse modo, o Modelo Médico advogaria para si a totalidade das ações de enfrentamento das LER, o que justificaria ações extremas como os procedimentos cirúrgicos e outros tratamentos críticos como infiltrações intra-articulares e bloqueios anestésicos, mas que, entretanto, não alterariam as relações e o próprio processo de trabalho.

No último modelo (Dissimulação) as razões seriam a pretensão dos trabalhadores de obterem afastamento ilícito do trabalho, através de licenças médicas remuneradas mediante enfermidade de difícil contestação. É desnecessário assinalar que os autores relatam os protestos que esses dois modelos suscitaram junto a todas as partes envolvidas.

Nos anos 90, GABRIELE BAMMER retorna a esse mesmo tema na série de conferências que organiza e publica na coleção *Working Papers*, também na Austrália. Na introdução de uma das três coletâneas resultantes desses colóquios, denominada *The Neurogenic Hypothesis of RSI (1991)*, a autora assinala que os altos custos do pagamento de compensações financeiras aos trabalhadores provocaram um intenso debate sobre a existência de base orgânica para essas desordens. A autora insiste na necessidade de aprofundamento dos argumentos de parte a parte, alertando para o fato de que os críticos das RSI em geral exibem mais problemas de rigor científico que aqueles aos quais se referem, para refutar as LER.

Ao assinalar que, na Austrália, “em termos de magnitude e reações emocionais, as LER foram inigualáveis na história da saúde ocupacional”, DEVES E SPILLANE procuraram recolher as principais razões para o fenômeno que provocou um “colapso do sistema de compensações, disputas industriais, marchas de protestos, questões

parlamentares, demissões desleais, redesenho das estações de trabalho e numerosos inquéritos públicos” (1989: p. 356, trad. nossa).

De fato, na Austrália, os casos de LER excederam em polêmica todos os demais países sobre os quais se dispõe de bibliografia nessa área. Houve uma intensa mobilização nacional em torno dessa problemática. Imprensa, sindicatos, empresários, organismos governamentais, entidades médicas, seguradoras e pacientes estiveram envolvidos em verdadeiras escaramuças. Este processo culminou com o que chamado por alguns de “o fim da epidemia”, ou seja, a redução drástica dos casos notificados a partir do início da década de 90. Coerentemente com os demais aspectos das LER, há controvérsias sobre essa “solução”: GABRIELE BAMMER (pesquisadora australiana que se tornou internacionalmente conhecida por seus estudos na área) assegurou, em visita ao Brasil, que este decréscimo ocorreu em razão da exportação das tarefas de risco para os países asiáticos, além da reorganização dos processos de trabalho e maior consciência dos trabalhadores, entre outras medidas ergonômicas. Para alguns, todavia, a redução dos casos deveu-se à decisão da Suprema Corte Australiana de não mais aceitar processos por LER, além da não publicação de estatísticas governamentais sobre os casos e das revistas médicas de não publicar artigos relacionados ao tema²⁵ (PÊGO et al., 1998, p.57).

O curioso é que, após a ruidosa discussão sobre as LER na Austrália, este país vem enfrentando uma elevação das notificações dos casos de *fadiga crônica*, também conhecida como *fadiga industrial* e inserida no CID-10, versão publicada em 1992 pela

²⁵ Ver análise detalhada sobre o caso australiano em QUINTNER, 1995 bem como em PÊGO et al., 1998.

OMS (Organização Mundial de Saúde) como síndrome da fadiga ,no item F-48.0 – *neurastenia* (SELIGMANN-SILVA, 1995, p.297)²⁶.

No caso australiano, QUINTNER (1995) observou ainda, que houve uma enorme interpenetração de estereótipos sociais entre os argumentos apresentados pelos médicos que participaram da controvérsia que mobilizou a imprensa e os tribunais e ultrapassou as fronteiras do país, tendo sido utilizada internacionalmente, tanto pelos defensores do nexos entre o trabalho e a doença, quanto pelos opositores dessa concepção. Num artigo copiosamente fundamentado em dezenas de referências bibliográficas, o autor afirma que houve a influência de estereótipos relacionados ao trabalho feminino e ao sistema de compensações financeiras para trabalhadores no pretensamente neutro debate acadêmico.

Conclui-se que a polêmica sobre as LER, longe de estar terminada, continua exigindo a intervenção da justiça na maioria dos casos, o que confirma que as LER estiveram desde logo ligadas a um debate que conjuga aspectos clínicos, ergonômicos e psicológicos, mas também associa fatores econômicos, políticos e até culturais, além de seus efeitos sobre os sistemas previdenciários.

²⁶ Lembrar que as primeiras referências bibliográficas sobre distúrbios musculoesqueléticos ligados ao trabalho,

I.5 A arena de conflitos entre os saberes médicos eruditos no Brasil

A expressão Lesões por Esforços Repetitivos foi proposta pela primeira vez no Brasil em 1986 pelo médico Mendes Ribeiro, durante o I Encontro Estadual de Saúde dos Profissionais de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, como tradução para a denominação Repetitive Strain Injuries (ASSUNÇÃO ET ROCHA: 1994). No Brasil a enfermidade era conhecida até então como Tenossinovite Ocupacional, Câimbra Ocupacional, ou doença das lavadeiras, o que denota o inegável reconhecimento de uma natureza ocupacional para essa enfermidade.

O reconhecimento das LER no Brasil é atribuído à luta dos próprios trabalhadores, sobretudo os digitadores, àquela altura com um grande contingente de atingidos.

ROCHA (1989) faz um detalhado estudo da atuação dos trabalhadores no reconhecimento oficial das LER no Brasil e mostra que a primeira suspeita da qual se tem registro foi levantada em 1982 por um membro da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) de um banco. Após um longo processo burocrático e político foram promulgados os dispositivos legais que reconheciam a Tenossinovite dos digitadores como enfermidade relacionada ao trabalho. Conforme observa MONTEIRO:

“inicialmente a reivindicação era para que a tenossinovite fosse enquadrada legalmente como doença do trabalho com fundamento no artigo 2º e 3º da lei nº 6.367/76, lei acidentária da época.” (Monteiro in CODO, 1995: 259)

Um conjunto de marchas e contra-marchas resultou então na publicação da portaria nº 4.062 de 6/8/87, do Ministério da Previdência e Assistência Social onde se reconhecia a tenossinovite como doença do trabalho²⁷.

Mais recentemente foram publicados alguns textos que registram parte das polêmicas sobre as LER, nos meios científicos brasileiros. Francisco Lima, engenheiro e professor da UFMG, Doutor em Ergonomia pelo CNAM/Paris, afirma:

“Contribuindo para aprofundar o debate, tecemos a seguir algumas considerações sobre o ponto de vista empresarial a respeito do problema em questão e, em seguida, proporemos uma posição que procura refletir, em contraposição ao ponto de vista empresarial, o que seria o ponto de vista do trabalho. Dizendo isto não estamos querendo desde já introduzir um viés na análise do problema, adotando um ponto de vista parcial, político ou sindical, ao contrário, pretendemos colocá-lo de forma objetiva, na medida em que todo fenômeno social, ao comportar contradições que lhe são intrínsecas, possibilita diferentes (e às vezes opostas) representações teóricas assim como soluções práticas, algumas destas representações sendo, porém, mais globalizantes do que outras.” (LIMA, 1996, p.103 – grifos originais)

O mesmo autor coordena a publicação de um outro texto, agora mais completo, onde também é proposta a reflexão e a demarcação de posições a partir dos envolvidos no processo, ou seja, os trabalhadores. Deste modo, inúmeros estudos de caso são apresentados, adotando-se *“um procedimento metodológico pouco explorado nos estudos de LER, que é o trabalho comparativo com grupos portadores e não-portadores da doença.”* (ARAUJO et al., 1997, p.5)

²⁷ Para maior detalhamento sobre a distinção entre doença profissional e doença do trabalho ver Monteiro in CODO, 1995.

Não obstante o caráter acadêmico da obra, fica muito evidente o engajamento político dos autores, vis a vis o papel que os mesmos vêm representado na luta em defesa dos direitos dos lesionados mineiros. MARIA ELIZABETH LIMA, por exemplo, lamenta o caráter especulativo dos estudos na área psicológica e discute, especificamente, um trabalho anterior²⁸, de cujo conteúdo ela peremptoriamente discorda:

“Este tratamento exaustivo que demos ao artigo de Almeida deve-se a uma dupla necessidade: ilustrar o que chamamos acima de viés especulativo e demarcar nossa própria reflexão, deixando bem claro que o caminho percorrido por nós é essencialmente diverso.”
(LIMA, 1997,p.212)

Todavia, esse debate tenso e direto que se inicia na área da psicologia não tem paralelo na área médica. O que se observa, ainda, são discussões entre pensadores das ciências sociais e humanas em oposição aos médicos, o que também se pode encontrar em áreas turbulentas como o tratamento e a prevenção da AIDS e das doenças mentais e mesmo na Oncologia. Os textos clínicos são, em geral, elaborados em termos mais esquemáticos, sem admitir controvérsias ou explicitar divergências. Não são, via de regra, elaboradas respostas formais a questionamentos que chegam de outras disciplinas. Pelo menos é o que se constata na literatura disponível. É como se essas contestações, apesar de contundentes, não chegassem a arranhar as convicções dos responsáveis pela institucionalização dessas enfermidades, ou seja, os médicos do trabalho.

²⁸ Trata-se do artigo “*Características emocionais determinantes da LER*” de Maria Celeste C. G. Almeida, publicado em CODO, 1995.

Uma inspiradora exceção pode ser encontrada na obra *Manual Prático de LER*, recentemente publicada em Minas Gerais, a partir da associação entre dezenove profissionais de formação médica (sendo oito médicos do trabalho) e oito técnicos de outras áreas. O livro, organizado pelo eminente Dr. Chrysóstomo de Oliveira²⁹, médico com larga experiência na área de LER, apresenta diversas contribuições de natureza prática e teórica, entre as quais encontram-se argumentos colhidos nas costumeiras disputas da área:

“A interpretação biologizante e psicologizante de um fenômeno essencialmente social acaba por culpabilizar o cidadão pelo adoecimento. ... Essas questões, cotejadas com as evidências clínicas e epidemiológicas, apontam para a necessidade de repensar os modelos médicos predominantes quando se trata de compreender melhor a LER.” (ALVES, 1998, p. 41)

Deve-se assinalar, no entanto, que esses modelos não chegam a ser aprofundados. Embora a existência de uma discussão que situe a sua existência já seja um considerável avanço. Isto nos obriga a desenvolver chaves provisórias de leitura das principais publicações disponíveis nas áreas de diagnóstico, terapia e prevenção das LER, procurando estabelecer algumas correlações entre as posições e argumentos utilizados e a construção de uma argumentação hegemônica em relação às LER.

²⁹ O autor faleceu antes da publicação da obra, que lhe foi dedicada, *in memoriam*.

I.6 As hipóteses do saber médico erudito para explicar, identificar e prognosticar as LER

Talvez a única unanimidade acerca da problemática das LER seja a rejeição de todas as denominações até hoje utilizadas para designar esse conjunto de afecções. Todos os textos nacionais e estrangeiros de divulgação científica por nós consultados assinalam a impropriedade das denominações de uso corrente.

ASSUNÇÃO (1995) observa que a denominação das LER encontra problemas quanto ao que denomina de paradigma médico:

“Geralmente as doenças têm seus nomes relacionados com o órgão ou aparelho que sofre o distúrbio, por exemplo: gastrite, rinite, conjuntivite, coronariopatia. Visto assim, parece uma transgressão nominar um quadro clínico a partir da “causa” trabalho. Ainda mais quando há carência de estudos epidemiológicos.” (ASSUNÇÃO, 1995, p. 178)

E encontra apoio em OLIVEIRA:

“No caso específico das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), a situação se torna difícil, porque o próprio termo LER foge da taxonomia habitual médica, que nas suas definições e conceituações, quase sempre se reporta ao segmento ou aparelho atingido, e procura ainda definir o tipo de alteração em curso (por ex. amigdalite, osteoartrose, gastrite, etc.).” (OLIVEIRA, 1998, p. 21)

Entre os autores brasileiros há consenso de que a enfermidade não parece possuir uma causa única, o que desautorizaria a designação do *esforço repetitivo* enquanto exclusivo fator desencadeante. Entre os autores de língua inglesa encontramos os mesmos cuidados, o que os leva a adotar inúmeras expressões como *Occupational Cervicobrachial Disorder* (Japão, Alemanha e países Escandinavos), *Repetitive Strain Injuries (RSY)*, *Occupational Overuse Syndrome*, *Work-related Neck and Upper*

Limb Disorders, Refractory cervicobrachial pain (Inglaterra e Austrália), *Cumulative Trauma Disorders e Upper Extremity Cumulative Trauma* (EUA), além de *Pathologie Professionnelle de Hipersolicitacion e Lésions attribuables au travail répétitif* (França e Canadá).

A expressão Lesões por Esforços Repetitivos foi proposta no Brasil como tradução para a denominação *Repetitive Strain Injuries* (Rocha et Assunção, 1994), e tornou-se a mais conhecida e utilizada no país.

No Brasil são adotadas ainda as expressões **Lesões por Traumas Cumulativos (LTC)**, **Síndrome Dolorosa nos Membros Superiores de Origem Ocupacional**, **Lesão Cérvico Braquial**, **Neuralgia Braquial**³⁰ e mais recentemente **Distúrbios Ósteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)**³¹.

Não obstante a reserva assinalada na denominação da enfermidade, mantém-se a dificuldade de consenso no que se refere a todos os demais aspectos que qualificam e descrevem as LER.

Assim, ainda que admitindo a impropriedade do vínculo entre esforço contínuo e a enfermidade em questão, as designações giram sempre em torno da idéia de um **sobreuso** que é exigido pela condições nas quais o trabalho é realizado, e tanto *no plano simbólico quanto no plano social*³² é essa a associação predominante na construção das LER enquanto objeto de conhecimento médico.

A importância da denominação na negação ou na legitimação das LER será enfatizada por um número expressivo de autores. O principal ponto de discussão será

³⁰ Ver ASSUNÇÃO, 1995.

³¹ Corresponde à recente denominação proposta pela minuta do INSS (vide DORT, Atualização da Normas Técnicas, D.O.U. de 11.07.97).

representado pela designação de **lesão** a um conjunto de episódios de improvável verificação segundo os chamados critérios objetivos. Sendo discutíveis os achados histopatológicos das LER, segundo os parâmetros usualmente adotados, os críticos dessa denominação preferem adotar expressões como: *Síndrome Dolorosa dos Membros Superiores de Origem Ocupacional* (COUTO, 1991) ou ainda simplesmente as denominações localizadas (formas clínicas), de acordo com procedimentos usuais na Ortopedia.

“Tenossinovites, tendinites, sinovites, miosites, fasciites, epicondilites, etc... são designações da Medicina para as lesões inflamatórias localizadas no sistema osteomuscular e conjuntivo, causadas por traumatismos, infecções, alergias ou outros fatores genéticos. Apesar de essas designações se referirem sempre aos tecidos de sustentação (ossos, músculos, tendões, fâscias e bainhas sinoviais), o processo envolve também artérias, veias e nervos e, em alguns casos, predominantemente esses últimos, sob o nome genérico de neurites.” (RIBEIRO, 1995: p.12-3)

A não aceitação, por parte de muitos médicos do trabalho, da expressão LER e a adoção exclusiva da forma clínica da enfermidade no diagnóstico comunicado aos trabalhadores faz com que os mesmos não associem sua queixa ao processo de trabalho, já que a expressão LER pode sugerir uma inequívoca origem ocupacional, ou ainda um quadro irreversível face à palavra **lesão** (BAMMER, 1988).

De fato, a adoção das palavras **lesão**, **síndrome**, **disfunção** ou outras expressões similares para qualificar um fenômeno mórbido assume proporções bastantes complexas, como observou DRISCOLL (1993). O autor mostra que embora pareçam óbvios, esses termos adquirem significados em resposta aos contextos em que são utilizados e procura mostrar a necessidade de definição mais cuidadosa dessas

³² SONTAG (1992) realiza um prodigioso trabalho de elucidação das condições de elaboração das representações em torno da AIDS.

expressões, pois acredita que as mesmas podem variar de país para país em virtude dos múltiplos critérios adotados, o que, causa enormes dificuldades às análises comparativas e demais investigações.

“Each of these definitions is based on different criteria: the type of causative event, the length of time of the causative event, and the time between the causative event and the apparent disruption of normal structure or function...” (DRISCOLL, 1993, p. 164)

Além disso, há ainda aqueles critérios baseados nas evidências biológicas, suscitando comprovações objetivas. Curiosamente, a despeito de todos esses cuidados manifestos por médicos e autores, os dicionários médicos não chegam a esclarecer de modo conclusivo essa discussão:

“lesão: a alteração, estrutural ou funcional, devida a doença; comumente o emprego do termo é restrito a alterações morfológicas...”

síndrome: grupo de sintomas e sinais que, caracterizam uma moléstia ou lesão...”

doença: incapacidade dos mecanismos de adaptação de um organismo para neutralizar convenientemente os estímulos ou solicitações a que está sujeito, resultando em transtorno da função ou estrutura de qualquer parte, órgão ou sistema do organismo. Reação a uma lesão; moléstia ou enfermidade. a causa de uma entidade mórbida é representada pela causa do processo patológico básico associada a importantes fatores causais secundários.” (BLAKISTON, Dicionário Médico, 1982, p.327/334/960)

“lesão: alteração funcional ou mecânica de órgão, aparelho ou tecido. Pode ser degenerativa, destrutiva, funcional, irritativa, etc...”

síndrome: (g. syn, com. correr; concorrência, concurso) conjunto de sintomas que caracterizam uma doença. Costuma tomar os nomes dos que as descreveram...”

doença: (L. doentia) sofrimento, doloroso ou não; alteração na saúde, enfermidade” (FORTES, Dicionário Médico, 1968: p.648/1012/346)

A julgar pela acepções dicionarizadas, não haveria sentido em discriminar as expressões mencionadas, já que as mesmos suportariam um emprego bastante amplo. Ao abranger, por exemplo, *alteração funcional ou estrutural*, a palavra *lesão* pode ser perfeitamente aceita no caso descrito.

Ainda assim, a nomenclatura utilizada nas LER segue provocando interpretações divergentes.

Por outro lado, a adoção das formas clínicas isoladas para configurar o chamado diagnóstico clínico, pode criar outros problemas, como enfatizou INUY (1994):

“A expressão tendossinovite do digitador possui três erros:

- 1º) não atinge só os tendões, mas também as demais estruturas circundantes,*
- 2º) não é só inflamatória pois também exhibe sinais de degeneração das estruturas envolvidas,*
- 3º) não acomete só os digitadores” (INUY, 1994, I Seminário sobre LER de Campinas)*

Nesse sentido, encontramos o mesmo desacordo entre autores estrangeiros:

“The term, repetition strain injury is unsatisfactory. First, it implies that an injury has been caused by repetitive movement. However, the problem in many workers with RSI is induced by a static load... Secondly, the term strain implies a pathogenesis for RSI which is by no means certain. Thirdly, there is often no apparent injury present and there may be no discernible abnormality on clinical examination.

Tenosynovitis is another term which denotes inflammation of a tendon sheath. However, the localized and well defined clinical features of tenosynovitis are not evident in patients with RSI and the use of this term in this context is improper.” (DERMOTT, op. cit., p.196)

Assim, entre nós, sob o ponto de vista legal, optou-se por associar a expressão LER ao diagnóstico localizado, especificado a cada caso:

“É necessário que sejam especificadas as estruturas acometidas, assim como os segmentos envolvidos no processo, uma vez que o conceito de LER é muito abrangente e por si só não deixa claro o quadro clínico. Assim, torna-se indispensável a complementação do diagnóstico, com informações mais específicas de cada caso.

Exemplos:

LER- Tendinite do supra-espinhoso

LER- Tenossinovite de Quervain”

(LER/ Normas Técnicas para a Avaliação da Incapacidade/MPS/INSS/1993)

Conforme já observamos anteriormente, essa medida nem sempre é respeitada, e via de regra os trabalhadores recebem apenas o diagnóstico que enuncia a forma clínica,

sem a designação LER, o que obviamente os impede de associar a enfermidade ao processo de trabalho.

É necessário apreender, no entanto, a complexidade dessa (des)legitimação que faz divergirem a experiência do doente e o julgamento médico.

Partamos para isso, inicialmente, da inspiração de LAPLANTINE:

“Nem os processos de troca entre os que curam e os que são curados efetuam-se apenas, como demonstraremos, entre a experiência vivida pelo paciente e o saber científico, mas também entre o saber do doente quanto à sua doença e a experiência vivida pelo médico. Ou seja, o corolário do fato de a representação mais afetiva da doença pelo primeiro jamais ser integralmente fictícia é que a compreensão mais “cientificamente neutra” do segundo jamais é integralmente científica, ou seja, isenta de representações.” (LAPLANTINE, 1991., p. 18)

Isto pode significar que há sentido epistemológico em buscar revelar aquilo que LAPLANTINE chama de *a idéia da doença*, que para este autor significa aquilo que, além de pensado, é também *sonhado, imaginado, espiritualizado, enfim representado*, tanto por médicos quanto pelos doentes.

I.7 As hipóteses relacionadas à causalidade das LER

Já se tentou mostrar, anteriormente, a causalidade das enfermidades possui ancoragens que respondem a projetos específicos na construção do modelo biomédico. A história da relação entre a racionalidade médica e o desenvolvimento da ciência foi

mostrada em detalhe por diversos estudiosos³³ e abrange desde a determinação do que seja normal e do que seja patológico até a elucidação das causas que possuam graus de objetividade suficientes para responderem a esse projeto epistemológico.

Nesse sentido alguns aspectos são imprescindíveis ao tipo de enumeração que vimos tentando empreender nesse campo específico:

“O principal erro da abordagem biomédica é a confusão entre processos patológicos e origens das doenças. Em vez de perguntarem por que ocorre uma doença e tentarem eliminar as condições que levaram a ela, os pesquisadores médicos tentam entender os mecanismos biológicos através dos quais a doença age, para poderem interferir neles.” (CAPRA,1982: p.142-3)

A partir dessas considerações, a tentativa de identificar essa idéia da doença em sua máxima amplitude nos levou a inventariar os principais núcleos que organizam os principais discursos médicos sobre as LER.

A despeito de qualquer preocupação quantitativa, não é difícil verificar que são muito frequentes as representações causais da LER enquanto fenômenos de natureza biomecânica. Seleccionamos cerca de 39 textos específicos sobre LER e identificamos que em pelo menos 25 deles a etiologia principal é atribuída a fenômenos físicos externos ao organismo ou, no mínimo, capazes de provocar respostas físicas no sistema músculoesquelético.

Além dessa imputação causal, aparece de modo bastante frequente a associação entre fatores biomecânicos e aspectos psicológicos.

Um outro grupo de causas referidas nestes textos seriam os fatores genéticos, também denominados idiopáticos ou individuais. Trata-se da chamada predisposição

³³ É bastante extensa a lista de estudos sobre essa temática, mas recomenda-se LUZ, 1988; GONÇALVES,1990

individual, que compreende desde aspectos imunológicos, muito referidos pela tradição reumatológica de entendimento das alterações osteomusculares, até aspectos endócrinos, que são referidos principalmente para esclarecer a ocorrência majoritária das LER nas mulheres, alegadamente em razão dos fatores hormonais.

As causas relacionadas aos aspectos emocionais são referidas de várias e distintas maneiras, mas agregam-se em torno de um eixo temático segundo o qual existe uma oposição inapelável entre as doenças do corpo e aquelas que não se originam ou se instalam no organismo.

Um último conjunto de imputações causais relaciona as LER com fenômenos próprios da dinâmica social e política. Trata-se daquelas interpretações que sugerem interesses financeiros ou outros benefícios, por trás das queixas de uma falsa doença ocupacional.

Cada um desses conjuntos de causas engendra desdobramentos técnicos, políticos e sociais e exige um cuidadoso detalhamento que nos permita compreender e revelar seus condicionantes. É o que vamos tentar identificar, nos próximos tópicos.

A) A problemática da fadiga no trabalho

A noção de um processo resultante da **exposição continuada a um conjunto de fatores nocivos presentes no ambiente de trabalho** é encontrada em grande número das tentativas de elucidar as causas das LER:

“o trabalhador passa a executar uma parcela ou segmento do produto final, com movimentos repetitivos e/ou forçados, em ritmo muitas vezes imposto pela velocidade da própria máquina, em

E MACHADO, 1978) como textos que podem servir de referências brasileiras gerais no âmbito dessa problemática.

postura nem sempre adequada às suas condições pessoais e, em geral, por longas jornadas de trabalho." (OLIVEIRA, 1991: p. 60)

Os autores costumam mencionar Ramazzini, que em 1700 já correlacionava a enfermidade à atividade dos escribas e notários (OLIVEIRA, 1991; CODO, 1995; HATEM, 1992;DERMOTT, 1986; entre outros) que causava danos ao *vigor da mão*.

Assim configurada, a exposição à fadiga decorrente do trabalho manual intenso é apontada como o principal fator desencadeante da enfermidade:

"Uma doença cujo diagnóstico pertence ao domínio da Física (em última instância estamos falando de atrito)" (CODO, 1995, p.8)

Uma contração forte e prolongada ou movimentos repetidos em alta frequência conduzem à fadiga muscular, que resulta na incapacidade do processo contrátil e metabólico da fibra muscular em continuar mantendo o mesmo trabalho." (OLIVEIRA, 1991.: p.72)

"The localization of static and repetitive muscle loads is an essential causative factor of the disorder. It is recognized that static muscle work such as stabilizing the forearm and hand during hand movements is more fatiguing than are muscle contractions which result in movement." (DERMOTT, op. cit. : p.198)

Curiosamente, a fadiga enfatizada pela maioria dos autores não chega a ser devidamente esclarecida de modo conclusivo, por eles. Isto parece dever-se a uma certa **naturalização** dos estados de fadiga em consequência do trabalho muscular (e mesmo do trabalho em geral), conforme se observou no debate australiano já anteriormente citado:

"in other words what we are seeing is an epidemic of reporting of discomfort, which normally have been accepted in silence" (Brooks, Spillane e Deves apud BAMMER et MARTIN, op. cit.: p.352)

Atomizada em sua dimensão biológica, a fadiga muscular representa e circunscreve um certo modo de conceber e articular o processo fisiopatológico que, no entanto, nega ou obscurece as conexões que o determinam:

“ não há “humanidade” alguma nessa vida que, ao transcorrer e cessar, se degenera: trata-se da vida biológica, apenas, outra vez” (GONÇALVES, op.cit.: p.56)

Configurada desse modo, não cabe discutir as condições sociais de produção desse desgaste no trabalho e ainda que, curiosamente, a própria conduta terapêutica adotada nesse modelo seja o repouso compulsório (através da imobilização temporária da região corporal afetada e do afastamento temporário do trabalho), não se pensa em rever ou ao menos questionar a conjuntura macrossocial em que esse quadro se apresenta³⁴.

De fato, em muitos dos textos menciona-se a intensificação da produção e os erros ou desajustes ergonômicos na gênese dessas alterações, no entanto é apenas a fibra muscular (ou seja, um região específica e localizada do corpo) que se cansa e sofre desgaste:

“Os sintomas iniciais são representados do modo geral por sensação de fadiga muscular e desconforto, que se recuperam com curtos períodos de repouso. O formigamento e a parestesia são também freqüentes como sintomas iniciais. ... Uma contração forte e prolongada ou movimentos repetidos em alta freqüência conduz à fadiga muscular, que resulta na incapacidade do processo contrátil e metabólico da fibra muscular continuar mantendo o mesmo trabalho. O nervo continua a funcionar normalmente, passando o estímulo para a fibra muscular, porém sem sua resposta devido à depleção de ATP.” (OLIVEIRA, 1991: p. 15)

³⁴ Ver o detalhamento dessa discussão nos capítulos II e III.

Essa explanação, que faz parte do documento que acompanha as Normas Técnicas Para Avaliação da Incapacidade nas LER, publicado em 1991 pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social que, por sua vez, incorpora a concepção do modelo biologizante da doença, do mesmo modo que as outras proposições sobre as LER, tem seus opositores. Na opinião de DUPUS (1995) a problemática não está no uso excessivo do sistema osteomuscular e sim no mau uso desse sistema. Vale dizer, posturas incorretas, prontidão muscular deficiente provocada pelo sedentarismo, enfim, aquilo que o autor qualifica de *fatores pessoais*³⁵. Tanto esta noção, quanto a concepção de predisposição remetem a um contexto privado de vulnerabilidade, eliminando portanto, a eventualidade de causalidades de natureza externa ou exógena.

Outro grupo de autores acredita na nocividade dos fatores biomecânicos, porém acentua o atrito entre o sistema de tendões e paratendões como o responsável pela disfunção que, nesse caso, está localizada na região periarticular e não mais nos músculos. Trata-se, portanto, também de desgaste, mas de outro tipo:

“Welch (1983) define a tenossinovite como um termo usado para descrever condições em que o livre movimento de um tendão é restringido, usualmente por uma inflamação do tendão ou de sua bainha” (ROCHA 1990: p. 29)

“Estas lesões são causadas pela utilização biomecanicamente incorreta dos músculos, tendões, fâscias ou nervos, que resultam em dor, fadiga, queda do rendimento no trabalho e incapacidade temporária, podendo evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, nesta fase agravada por todos os fatores psíquicos (no trabalho ou fora dele) capazes de reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo.” (Acta Fisiátrica, 1995: p. 17, grifos nossos)

Na mesma linha de raciocínio, mas usando um outro conjunto de argumentos, está a noção de traumas cumulativos. Nessa perspectiva, a idéia de um acidente que se

³⁵ A esse respeito é essencial considerar a discussão proposta por CHRISTOPHE DEJOURS em O Fator Humano, 1997, que pode ser assim resumida: *“é a expressão usada ... para designar o comportamento de homens e mulheres no trabalho. ... é geralmente invocado nas análises de catástrofes industriais (Chernobill,*

repete (microtrauma) aglutina determinados desdobramentos fisiopatológicos capazes de provocar reações de desgaste e até degeneração das estruturas envolvidas:

“Movimentos de alta intensidade e pressão contínua, movimentos de baixa intensidade e elevado ritmo e contraturas prolongadas, desde que o somatório deles ganhe características traumáticas, isto é, pouco toleráveis aos tecidos obrigados a suportá-los no tempo, podem resultar em lesões.” (RIBEIRO, 1995: p.13)

“Contrary to popular belief, the majority of these musculoskeletal injuries are not the results of accidents or sudden mishaps that break bones or strain ligaments. Rather, the type of injury referred to here usually develops gradually as a result of repeated microtrauma. Because of the slow onset and often innocuous character of the microtrauma, the condition is often ignored until the symptoms become chronic and permanent injury occurs.” (PUTZ-ANDERSON, 1994: p.3)

Pode-se constatar então, que a noção de trauma cumulativo está ancorada em dois parâmetros até então negligenciados nas definições anteriores: o **tempo** longo de exposição a um determinado agente nocivo e a irreversibilidade dos seus resultados, evidenciados pela noção de **lesão**. Esses dois elementos, *tempo de exposição* e *irreversibilidade do dano* (lesão) formam os principais pilares da legitimação de qualquer etiologia ocupacional. No entanto, a polêmica permanece acesa no caso das LER, face à dificuldade de comprová-los a partir dos chamados *critérios objetivos* requeridos pelo paradigma biomédico. Mesmo nos casos em que essa comprovação é tentada, ainda assim permanecem dúvidas e críticas sobre sua confiabilidade³⁶:

“The paper of Dennett and Fry described microscopic muscular change associated with certain upper limb disorders. It is frequently cited as objective evidence to support the idea of RSI- attributable injury. The paper was heavily criticized at the time of publication, the

Bopal...), acidentes com trens, petroleiros ou aviões, acidentes de trabalho, etc. ... Em geral, a noção de fator humano está associada a idéia de erro, falha, falta cometida pelos operadores.” (op. cit.: 7)

³⁶ A tentativa de dar maior confiabilidade à percepção da fadiga entre trabalhadores acarreta medidas extremas como a utilização do *biofeedback* (eletromiografia) no monitoramento dos trabalhadores sob risco de LER. São aplicados eletrodos aos membros superiores com a função de emitir sinais e “avisar” aos seus usuários, sempre que determinada tarefa acarretar cansaço muscular ou força excessiva. Os autores do experimento reconhecem que o projeto não foi capaz de aliviar os sintomas das LER. (THOMAS et. al., 1993)

main thrust of that criticism being that the findings might well be methodological artifacts." (SLOVAK, 1993: p.53)

Ora, observa-se portanto, que mesmo a convergência na imputação etiológica não significa, no caso das LER, que sejam coincidentes as opiniões dos especialistas, já que os argumentos usados para alicerçar as afirmações nem sempre exibem evidências definitivas ou similitudes, ainda que sejam sempre apresentados sob uma perspectiva categórica.

Essas certezas, oriundas de uma concepção que confere à *doença legítima* um caráter geográfico inapelável, encontram origem remota na clínica médica, embora nem sempre seja possível apontar os processos de construção objetiva desse conhecimento.

"essa idéia de que não existe etiologia que não possa ser explicada pela anatomia (ou que ela não poderia explicar no futuro), longe de corresponder apenas a um momento da história do pensamento médico do Ocidente, será encontrada, como veremos, na imensa maioria dos práticos contemporâneos." (LAPLANTINE, 1991.: p.51)

Por outro lado, não são raras as afirmações de que não se conhece bem esse ou aquele mecanismo de ação de determinada droga ou agente nocivo, no entanto, com surpreendente frequência esse mesmo mecanismo ou agente é afastado do elenco de fatores causais em favor de *fatores pessoais* tão duvidosos quanto os primeiros, porém imputáveis a cada indivíduo em particular. As certezas médicas, ou antes, a maneira definitiva e convicta pela qual essas idéias são apresentadas nos textos médicos, são o resultado de um projeto mais amplo que MADEL LUZ situa como *modo de produção de verdades* (LUZ, 1988: p. 8).

Procurando desvendar os modos de inserção da Medicina na cultura e nas práticas sociais, a autora esmiuça a constituição da racionalidade médica a partir de modelos

conceituais baseados em determinadas visões de natureza e razão. Neste contexto, assinala-se o *silêncio das racionalidades das disciplinas científicas sobre essas origens políticas, econômicas, culturais* (LUZ, 1988, p. 1). Isto engendra a defesa de um projeto científico que institui a *objetividade* como critério exclusivo de produção de verdades, nas quais a *ordem de sentidos* é evidenciada somente a partir de *evidências empíricas e de significados racionais*.

Novaes, por seu turno, examinou a negação das dificuldades na produção do conhecimento médico, chamando a atenção para os constrangimentos criados “*quando os pacientes não parecem seguir o modelo que o saber médico construiu para aquela determinada doença*” (NOVAES, 1987: p., 52, grifo original). Não obstante, na medida em que, posteriormente, são identificados equívocos, esses são, via-de-regra, creditados à inadequação específica daqueles pesquisadores, e não *de uma insuficiência desta metodologia empírico-positivista em si* (NOVAES, 1987, p. 52).

Assim, o conceito polêmico e difuso de causação das LER pela fadiga muscular ou por microtraumatismos subsequentes, a despeito de bastante freqüente na literatura, não chegar a eliminar a controvérsia do nexos, que segue exigindo as chamadas comprovações objetivas e favorece a busca de outras imputações causais.

B) A associação entre fatores biomecânicos e psicológicos

“*ganham força as teorias que procuram explicar a LER como sendo de origem psicológica ou causada por fatores congênitos adquiridos. Com efeito, o que pode ser comum ao trabalho do digitador, da datilógrafa, do bancário, do metalúrgico, do carteiro, do cozinheiro, da telefonista, da enfermeira, do técnico de laboratório, do professor, do músico,....?*” (LIMA, 1997: p.237)

Nas últimas décadas, sob a denominação geral de *doenças da civilização* ou *doenças de adaptação*³⁷ (CASTIEL, 1994: p.63), vêm sendo descritos determinados fenômenos mórbidos de caráter epidêmico e que, à primeira vista, na ótica dos investigadores, não podem ser classificados a partir dos modelos clássicos de causalidade (unicausal ou multifatorial).

“São as doenças crônicas e degenerativas - cardiopatias, câncer, diabetes ... estão intimamente relacionadas a atitudes estressantes, dietas muito ricas, abuso de drogas, vida sedentária e poluição ambiental ... Em virtude de suas dificuldades para lidar com doenças degenerativas dentro da estrutura conceitual biomédica, os médicos, em vez de ampliarem essa estrutura, parecem freqüentemente resignar-se à aceitação dessas doenças como conseqüências inevitáveis do “desgaste” geral, para o qual não existe cura.” (CAPRA, 1982: 131)

De outro lado, a ocorrência desses fenômenos ensejou então uma tentativa de esclarecimento a partir da convergência de dois modelos distintos: o biológico e o psicológico. Essa interação promoveu o crescimento da Psicossomática enquanto especialidade médica, bem como tornou freqüentes as imputações causais baseadas na associação entre determinada exposição física a um eventual conjunto de agentes além de certas respostas subjetivas individuais.

“As condições biomecânicas desfavoráveis do trabalho são agravadas por outros fatores que caracterizam o trabalho moderno e automatizado, como a tensão sob o qual as tarefas são executadas, a atenção requerida e as pressões múltiplas, algumas pouco perceptíveis e introjetadas pelas próprias vítimas, outras, as das chefias por exemplo, bastante explícitas.” (RIBEIRO, 1995: p.13)

³⁷ Segundo CASTIEL, Selye denominou doenças de adaptação “àquelas resultantes do uso excessivo e inadequado desse mecanismo de defesa - úlcera péptica, hipertensão arterial, determinadas artrites, lesões miocárdicas.” (CASTIEL, 1994: p.63)

Assim é, que ao tentar esclarecer as razões de aparecimento das LER entre os músicos, DUPULS observa:

“Il y a d’abord le terrain personnel. Certains étudiants ne pourront jamais développer la souplesse et la coordination requises, et le syndrome de surmenage fonctionnel sera alors simplement témoin du fait qu’ils ont atteint leurs limites.” (DUPULS, 1995: p.12)

Aqui observa-se a proposição de vários fatores: a pressão social por competência, as *habilidades e talentos* individuais (daí os limites) e a resposta através de um tipo particular de estafa. Ao declarar que alguns jamais poderão desenvolver agilidade, afirma-se que o processo de trabalho poderá excluir os menos aptos. De um certo modo o que se enuncia é uma espécie de reedição da teoria da seleção natural, adaptada ao mundo do trabalho.

Assim, a insatisfação no trabalho, o vazio das tarefas, a subordinação a chefias tirânicas, o medo do desemprego, a absorção de pressões sociais e familiares, em suma, um estilo de vida *inadequado*, estaria na base do surgimento epidêmico das LER:

“aumento de tensão muscular associada a “stress” mental decorrente do monitoramento do ritmo de trabalho pela máquina, falta de controle sobre todo o processo, excessiva supervisão e tarefa monótona.” (ROCHA, 1990: p.30)

A existência de um *modo de viver adoecedor*, oriundo de processos sociais inespecíficos foi incorporada por um grande contingente de pesquisadores que procuram explicar a ocorrência desses fenômenos mórbidos difusos:

“processos de origem social, atuando como estressores não-específicos, poderão aumentar a suscetibilidade de determinados organismos diante de um estímulo nocivo direto

(agente) por meio de alterações no seu equilíbrio endócrino (...). Os quadros clínicos decorrentes de tal processo não seriam manifestação de um tipo particular de estressor social, mas sim, do agente microbiano ou físico-químico ao qual o organismo se encontra exposto.” (Cassel apud CASTIEL, 1994: p.134-5[grifo original])

Um estudo realizado na Holanda procurou avaliar o impacto dos fatores psicossociais na ocorrência das desordens musculoesqueléticas:

“Psychological and physiological pathways have been put forward to explain that psychosocial load may change the perception of symptoms or induce physiological changes that may result in musculoskeletal problems. One of the most prominent hypotheses is that high psychological load (and for instance anxiety, nervousness) may increase static muscle activity and the long term provoke pain. This relationship may explain in particular part of the associations between psychosocial load and neck, shoulder and upper limb disorders.” (BONGERS & HOUTMAN, 1995: p.27)

O modelo epidemiológico não determinista traz a discussão da problemática da associação de fatores causais, tendo sido fartamente estudado por Novaes, que mostrou que esse movimento corresponde à introdução da estatística como recurso para a validação do conhecimento científico. Esse procedimento, na opinião da autora, traduz um cuidado em evitar o enfoque determinístico, preferindo a abordagem probabilística. Desse modo, a despeito de identificar uma causa primeira, *apontam-se associações mais do que causas propriamente ditas* (NOVAES, 1987, p. 55).

As dificuldades colocadas pela adoção do modelo probabilístico em saúde, notadamente na Epidemiologia, vêm sendo discutidas por diversos autores. As críticas dirigidas à essa perspectiva em geral mencionam a impossibilidade de associar categorias *naturais* e variáveis psico-sócio-econômicas elaboradas segundo metodologias distintas e até conflitantes³⁸. A dificuldade parece ainda maior quando o objeto do conhecimento pertence ao domínio da chamada saúde mental. Essa é

justamente a problemática que pretendemos caracterizar com relação às causas das LER atribuídas a razões exclusivamente psicológicas. Antes, porém, há um conjunto de imputações causais que atribui as LER a fatores exclusivamente orgânicos (endógenos), sem qualquer relação de causa e efeito com fenômenos ambientais extrínsecos. A esse conjunto poderíamos denominar de causas biológicas por excelência.

C) Os fatores biológicos como causas das LER

“A doença descrita por Dupuytren em 1832 é uma afecção interessante que atinge os tecidos conjuntivos da face palmar da mão e dos dedos que, apesar de numerosos estudos, mantém etiologia desconhecida, para não dizer misteriosa. Ninguém pode afirmar em que consistem suas causas” (PUJOL, 1993: p. 43, trad. nossa).

Dessa maneira PUJOL e seus colaboradores (1993), professores de medicina do trabalho no Hospital de Toulouse, na França, iniciam suas observações sobre o conjunto de moléstias que os franceses chamam de *Pathologies professionnelles d’hipersollicitation*, o equivalente ao que os autores de língua inglesa chamam de *overuse syndromes*. Com base em inúmeros estudos de natureza histológica, os autores fundamentam suas observações na associação entre fatores anatômicos e vasculares. Para esses autores há debilidade nos argumentos epidemiológicos favoráveis a uma etiologia profissional para esse conjunto de afecções e, ainda que admitam o concurso da ocupação, os autores concluem afirmando que, no estado atual dos seus

³⁸ Ver discussão na Introdução.

conhecimentos (1993), um fator provavelmente *genético* é indispensável à eclosão da doença nos sujeitos predispostos, através de mecanismos neuro-circulatórios.

Na mesma direção, LOSLEVER E RANAIVOSOA (1993), também franceses, atribuem as LER a fatores como idade, fraturas prévias, gravidez, e notadamente o gênero. Referências utilizadas pelos autores mostram entre 2 e 10 vezes mais possibilidades da incidência entre mulheres. Essas evidências são convergentes com a indicação de que há extrema relação entre histórias anteriores de cirurgias ginecológicas e LER, segundo os autores. Não são apresentadas as cifras precisas.

Outros fatores como os neurológicos, o uso de anticoncepcionais, desordens metabólicas, *diabetes mellitus*, hipotireoidismo, menopausa, insuficiência renal crônica, alcoolismo, hanseníase e tumores malignos de pulmão são apontados (MC PHERSON, 1992; SZABO, 1992; CHATTERGEE, 1987; FRUCHARD, 1981).

Em muitos textos se observam também especulações do tipo:

“Généralement progressif, sans raison apparente...”(FRUCHARD, 1981: p.180)

“The majority of patients develop symptoms of cubital tunnel syndrome spontaneously.”
(MC PHERSON, 1992: p. 116 grifo nosso)

“Atualmente há consenso de que a causa primária da lesão é a compressão do nervo ao passar pelo túnel do carpo.” (OLIVEIRA et al.,1993: p.20)

É curioso observar, portanto, que há uma extrema variedade de aspectos alinhados como co-fatores ou concausas (expressão usual na linguagem da medicina ocupacional), que por vezes chegam a surpreender pela imprecisão. Assim, são alinhados achados bioquímicos, histológicos, neurológicos e imunológicos sem a

devida e necessária adaptação metodológica para comparações dessa natureza. Segundo critérios tradicionais dos modelos epidemiológicos de regressão multifatorial, são exigidos cuidados na identificação de cada um desses dados para que os mesmos sejam pareados.

A principal ancoragem das concepções biológicas eruditas das LER reside na perspectiva que concede plena hegemonia aos fatores biológicos na produção das enfermidades, conforme já procuramos assinalar no caso dos fatores biomecânicos. Já havíamos observado, com a ajuda de GONÇALVES (1990), *o biologismo e sua contrapartida, a individualização*, operam atomizando os fatores de modo arbitrário e reducionista, fazendo com que o conceito de doença se subordine ao fato biológico exclusivo, conformando corpos sem experiência ou desejo, na lógica que FOUCAULT (1980: p.144) configurou como o domínio da anatomia patológica, onde “*o conhecimento da viva e dividosa doença poderá se ajustar à branca visibilidade dos mortos*”.

As concepções biológicas sobre a causalidade das LER reiteram o reducionismo do modelo biologizante que hipervaloriza as características individuais e obscurece as condições de produção social dessa predisponibilidade. Conforme alertava NOVAES:

“As espécies mórbidas são naturais e ideais ao mesmo tempo. Naturais porque as doenças são carregadas pelos doentes e por eles enunciadas, e ideais pois nunca neles se encontram sem apresentar algum grau de desordem.” (NOVAES, 1987, p.21)

Localizável na argumentação recolhida a partir da arqueologia de MICHEL FOUCAULT:

“Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair-se do doente... Paradoxalmente, o paciente é um fato exterior em relação àquilo pelo qual sofre; a leitura do médico não deve tomá-lo em consideração a não ser para colocá-lo entre parêntesis” (Foucault apud NOVAES, 1987, p.21)

D) Os fatores psicológicos como causas das LER

Já foi assinalado que a *comprovação objetiva* é um elemento essencial na legitimação, pelo médico, das doenças relacionadas ao trabalho. É, antes, sua própria essência. Não é nosso objetivo realizar uma discussão aprofundada sobre a problemática da objetividade do conhecimento científico no âmbito das chamadas doenças mentais, porém não podemos deixar de observar que as LER têm feito recrudescer o debate sobre as fronteiras que delimitam as responsabilidades médicas em relação a essas “enfermidades”.

Em relação às LER, são enunciados dois principais mecanismos psicológicos através dos quais o trabalhador chegaria a essa queixa: a **neurose de conversão** e a **neurose de compensação**.

No primeiro caso, o trabalhador transformaria recalques primários em processos corporais, dos quais o principal sintoma seria a dor:

“O processo psíquico primitivo há de ser repetido o mais vivamente possível, retroagido ao status nascendi e expresso depois ...” (Freud apud ALMEIDA, 1995: p.37)

“Faço essa “relação” entre a repetição dos movimentos exigidos para a digitação (tenossinovite) e a repetição teorizada (como apresentada nos mitos), por ter evidenciado que através dessa “doença” o indivíduo/trabalhador está “repetindo” algo. Com esta repetição ele está “expressando” algo. Consequentemente, está “falando” algo com esta repetição. E não está podendo ser “ouvido”. ” (ALMEIDA, 1995.: p.36)

Ora, as questões aqui colocadas nos remetem a diversos debates sobre a confluência entre o subjetivo e o objetivo, do modo como essas categorias estão apresentadas usualmente no discurso médico.

A primeira discussão que se impõe é aquela que concede inegável precedência dos aspectos primários da constituição da personalidade (fatores individuais) em relação à influência do ambiente, aí incluído o ambiente de trabalho e seus fatores de risco. Esse debate, de certo modo bastante recente, está longe de encontrar consenso.

Estão em jogo, de um lado, a chamada plasticidade da personalidade (defendida tanto pelos *behavioristas* quanto pelos *freudo-marxistas*) que admitem a modelagem de comportamentos ou vivências a partir dos estímulos ambientais, aí incluídos os fenômenos próprios do processo de trabalho. De outro lado estão os signatários da corrente psicanalítica mais ortodoxa, que embora concedam ao ambiente o papel de desencadeador de mecanismos típicos de defesa frente à angústia gerada pelo trabalho penoso, o fazem a partir do reconhecimento das particularidades desse processo em cada trabalhador:

“Acontece inevitavelmente que o interlocutor interior e os personagens reais que o trabalhador encontra opõem-se. Responder a um, não implica necessariamente em responder ao outro... A significação em relação ao Objeto põe em questão a vida passada e presente do sujeito, sua vida íntima e sua história pessoal. De maneira que, para cada trabalhador, esta dialética do Objeto é específica e única.” (DEJOURS, 1991: p.50)

Assim é que vamos encontrar distintas concepções para a emergência desses conflitos, que abrangem desde as concepções mais ortodoxas como a que se observa no texto de ALMEIDA (1995) ao descrever o caso de uma bancária:

“por que alguns tiveram problemas de estômago, outros problemas de dores de cabeça, outros, ainda, com fraturas e ela com tenossinovite ?

esta determinação já estaria presente, antes mesmo do nosso nascimento, antes mesmo da nossa constituição como sujeitos. No desejo da mãe. ... a repetição começou muito antes da tenossinovite.” (ALMEIDA, 1995: p.134)

Esta argumentação foi fortemente contraditada por MARIA ELIZABETH LIMA (1997). A autora realiza uma extensa discussão sobre o caráter francamente especulativo do conhecimento psicológico, concedendo um tratamento especial ao trabalho de Almeida (1995). Para ela, os *determinantes da LER* precisam ser investigados a partir de um sistema formado por aspectos ambientais e constitucionais, o que pode conduzir à superação do tradicional reducionismo psicologista:

“descartando qualquer compromisso do psicólogo com a compreensão de aspectos cruciais associados à LER, tais como as pressões por produtividade, o caráter repetitivo das tarefas, os problemas ergonômicos, dentre outros, ela descartou, ao mesmo tempo, aqueles elementos que poderiam colocá-la diante da realidade concreta de trabalho, ficando assim, completamente livre para especular... fica evidente a superestimação dos fatores psicológicos na determinação dessa doença.” (LIMA, 1997, p. 211)

Em polo distinto, estão as representações mais voltadas para a interação dinâmica entre o trabalhador e seu universo concreto:

“O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação.” (DEJOURS, 1991. :p. 52)

De modo geral o que conduz os autores a imputarem uma causalidade psicológica para as LER é a ausência de provas objetivas que atestem o comprometimento corporal:

“Em alguns pacientes chegaremos a diagnósticos de lesões ao nível de nervos periféricos ... tendões ou sistema ósteoligamentar e o tratamento, na maioria desses, proporcionará bons resultados. O grande problema é quando não chegamos a um diagnóstico

anatômico da lesão, quando então devemos suspeitar de influência de fatores psicossociais." (MATTAR et AZZE, 1995: p.19)

Quando um paciente refere dor durante uma consulta, o médico tem diante de si uma equação complexa: de um lado o sofrimento que essa queixa comporta, de outro a inespecificidade causal típica dos sintomas (em oposição aos sinais³⁹). Na medicina ocupacional essa equação terá de ser resolvida mediante critérios particulares que DODIER (1991) chamou de *um regime específico de julgamentos legítimos sobre a dor*.

"Deux principes regissent ce type d'action medicale: la definition d'un réel qui importe (l'expérience privée); une présomption d'authenticité (les doléances de la personne reflètent son expérience privée)" (DODIER, 1991: p.100)

Essa presunção de autenticidade sugere a concessão de um estatuto de verdade àquilo que o doente *pensa* que sente. Sugere, portanto, que se conceda ao doente o direito de *falar e atribuir juízos* sobre sua doença, o que em geral é vetado pela clínica. Ao refutar hipóteses para a causalidade das LER, Dr. Owen, australiano, especialista em microcirurgia, distingue bem essa atribuição:

"Having failed to adequately establish the pathogenesis of the condition, we are then led up their garden path hypothesis via their interpretation of the patients' interpretation of chronic pain - and we all know that the assessment of pain is a notoriously deceptive path indeed." (OWEN, 1995: p.11)

A par dessa dificuldade em conceder ao doente o lugar de protagonista na legitimação de suas queixas, observa-se a atribuição causal que sugere uma indução coletiva da doença através de episódios de histeria coletiva. Michael Patkin, na mesma publicação acima referida, aponta inúmeros casos. O autor cita um livro publicado em

1982 e denominado “*Mass Psychogenic Illness: A Social Psychological Analysis*”, onde são apresentados exemplos de eventos em fábricas em Singapura, Estados Unidos e Suécia. Em todos os casos, segundo o autor, os trabalhadores queixam-se, mas não são encontradas evidências objetivas para suas reclamações.

Esse sofrimento difuso que é trazido por grupos de trabalhadores em diferentes momentos e lugares, remete a vivências que são também elas irredutíveis ao discurso científico, que, no entanto, irá tentar “*transformar a ressonância emotiva em noções intelectuais, em mudar as imagens concretas, terríveis enquanto imagens, em elementos abstratos do diagnóstico*” (Ségalen apud LAPLANTINE, 1991: p.18). Essas estratégias modelam o reconhecimento da legitimidade da queixa, notadamente no âmbito peculiar da medicina ocupacional.

A relação entre o *verdadeiro* e o *falso* na definição de determinado evento mórbido pode, portanto, conduzir ao modelo psicogênico, através da ausência de evidências orgânicas, mas pode também levar à suspeita de fraude intencional.

Passemos então a examinar as referências bibliográficas que atribuem às LER pura, e tão somente, a busca de benefícios trabalhistas e sociais.

³⁹ Para uma análise detalhada sobre a problemática dos sinais e sintomas ver FERREIRA, 1995.

E) Os benefícios financeiros e sociais como “causas” das LER

“LER é a legião dos espertos remunerados.” (Gerente de Banco, 1991 apud Alves:1998, p. 48)

Nos anos 80 as cortes australianas foram tomadas por um enorme volume de processos judiciais a respeito de uma *nova* doença, alegadamente provocada pelo trabalho. O fenômeno provocou apaixonados debates entre os diversos grupos interessados (sindicalistas, médicos do trabalho, representantes patronais, cirurgiões, trabalhadores queixosos) e resultou em grande número de publicações sobre o tema. Vários argumentos foram apresentados para justificar a suspeita de fraude nos pedidos de compensação financeira: a mais curiosa seria a afirmação de que as LER seriam um fenômeno exclusivamente australiano (*australian disease*)⁴⁰. Isto porque, segundo os signatários desse argumento, a doença seria praticamente desconhecida nos países estrangeiros (BAMMER et MARTIN, 1988). Por outro lado, os críticos australianos das LER centralizaram suas objeções nos seguintes pontos (cf. BAMMER, 1991):

- a) não há sinais objetivos sobre os quais o diagnóstico possa ser feito
- b) não há patologia específica
- c) os sintomas referidos não fazem sentido
- d) os tratamentos ortodoxos, sobretudo o repouso, não funcionam
- e) não há relação consistente entre os sintomas e o trabalho.

⁴⁰ Já se observou que, em geral, as enfermidades graves são atribuídas ao estrangeiro, ao exterior (JOFFE, 1994). No caso das LER essa estratégia opera no sentido inverso e em geral a ocorrência da doença em outros países é apontada como uma prova material da existência concreta da enfermidade.

Em torno desses pontos foi erguida a maior parte dos argumentos contrários às LER e, ainda que o debate ainda não esteja terminado, pelo menos no caso australiano houve uma discreta redução nos pedidos de compensação, motivada por critérios bem mais rígidos na formulação dos diagnósticos⁴¹.

Vários autores têm assinalado a necessidade de definir se as desordens musculoesqueléticas devem ser consideradas doenças ocupacionais ou doenças relacionadas ao trabalho. Em inglês, a polêmica envolve as denominações *illness* ou *disease*.

Em um *paper* apresentado no último Congresso Internacional sobre LER, no Canadá, em 1995, o sueco HAGBERG, do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional procura fazer uma análise dessa problemática. Inicialmente o autor formula certas questões que ele deseja responder: essas enfermidades são doenças ocupacionais ou doenças relacionadas ao trabalho? Porque doenças relacionadas ao trabalho raramente se ajustam ao formato das doenças ocupacionais? O diagnóstico (de fato, seus critérios) é importante para a aprovação das indenizações?

Segundo o autor, para ser considerada um doença ocupacional, segundo os cânones convencionais, é necessário que exista um relação direta entre causa e efeito na exposição ergonômica. HAGBERG acredita que esse critério não está satisfeito nas LER porque a exposição pode variar entre força muscular, posturas inadequadas, movimentos repetitivos, fraturas, flutuações hormonais, etc... O autor conclui, portanto, que são causas multifatoriais, nas quais o ambiente de trabalho contribui significativamente, porém apenas como **um** dos fatores causais.

⁴¹ Ver capítulo III

A bibliografia das LER sistematicamente sugere exemplos explícitos dessa referida suspeita:

“Neuropathic hyperalgesia is presented as a credible hypothesis to explain SOME of the pain in SOME patients. It doesn’t explain the pain in thirty to fifty per cent of workers in some industries...” (PATKIN, 1995: p. 12, grifos originais)

“Psychiatrists are on record as believing that these conditions do not fall into regular symptom complexes, and as they do not respond to these physicians’ ministries, therefore the symptomatology does not really exist either, and so these patients must be labelled as malingerers.” (OWEN, 1995: p.10)

“Because people with Occupational Overuse Syndromes may not exhibit any visible signs, they are often assumed to be fabricating their symptoms and may be rejected and treated as scapegoats by employers, fellow employees, neighbours, friends and even family. Several have also reported rough and intimidating treatment by doctors. ... use of terms such as “kangaroo paw” by doctors can be quite demoralising...” (BAMMER & BLIGNAULT, 1988:393)

Já mencionamos que a bibliografia brasileira não reúne muitos exemplos dessa natureza porque há pouquíssimos títulos sobre o assunto, os quais em sua maioria se dispõem a *defender* ou *justificar* a enfermidade, como podemos observar nos seguintes exemplos:

“Os pacientes relatam que os médicos das empresas e convênios médicos freqüentemente lhes dizem não acreditar que estejam doentes. Usam resultados negativos de exames complementares para confirmar que a doença não existe. ... Pessoas desacreditadas pelos médicos, pelos colegas e muitas vezes por suas famílias ... há desespero em provar que estão sentindo dor, e imploram por qualquer exame complementar que traduza e revele a dor.” (SETTIMI et SILVESTRE, 1995: p.340)

“as empresas não aceitam que em suas linhas de produção ou de montagem, ou até mesmo de tarefas típicas e sabidamente causadoras de LER se verifique esse tipo de doença. Em consequência dificultam a emissão da CAT (Comunicação de acidente de trabalho) e causam muitas vezes quadros irreversíveis da doença em seus empregados.” (MONTEIRO, 1995: p.270)

A Acta Fisiátrica, publicação dirigida aos fisiatras brasileiros, menciona claramente essa preocupação ao sugerir cuidados durante o exame físico no Protocolo de Atendimento nas Lesões por Esforços Repetitivos :

“Durante a consulta deve-se ficar atento para as incapacidades que o paciente apresenta objetivamente. Nos casos de lesões relacionadas ao trabalho não é incomum a simulação de sintomas para obter vantagens econômicas ou sociais.” (Acta Fisiátrica, 1995: p. 21, grifos nossos)

Há, portanto, a inegável presunção de que, para além dos eventuais riscos que certos tipos de trabalho possam representar, as LER podem ser apenas uma tentativa sofisticada e bem concebida de obter benefícios imediatos mediante uma alegação dificilmente verificável, considerados os critérios “cientificamente” consagrados da medicina oficial.

Numa obra recentemente publicada no Brasil, os autores se dispõem a refutar as alegações dos opositores à tese do nexo entre trabalho e LER:

“A recente manifestação dos empresários mineiros, através de sua Comissão de Saúde, sobre a questão da LER é um libelo ideológico que começa por negar a competência dos trabalhadores para discutir o assunto, qualificando-os de “leigos” e contrapondo suas impressões subjetivas e linguagem cotidiana ao conhecimento dos doutos. Como sempre sói acontecer, estas questões de “definição de rigor científico”, que aparentemente dizem respeito apenas aos especialistas e não aos “leigos”, escondem contradições e interesses conflitantes.” (LIMA in ARAÚJO et al.,1997: p.251- grifos originais)

Como já ficou assinalado, localizar exemplos concretos da polêmica entre os técnicos sobre as LER exige uma cuidadosa garimpagem entre textos esparsos que são, geralmente, dirigidos a empresários ou para divulgação científica oficiosa, sem qualquer preocupação acadêmica mais rigorosa:

“Deve-se ter uma atenção redobrada especialmente com a caracterização do trabalho como concausa desses distúrbios, e nesse caso deve-se estar atento para que o reconhecimento passe por critérios aceitos pela Ciência, e não por simples abstrações, metafísica ou pressão dos atores sociais.” (Dr. Hudson Couto, BH- Informativo ERGO, nº 58, ago/set 1997- grifos nossos)

Sabe-se, entretanto, que os saberes médicos eruditos se concebem como absolutos, o que desautoriza qualquer debate com disciplinas externas ao conhecimento médico considerado *científico* e, portanto, *verdadeiro*.

Em outros termos, vale observar o argumento de LAPLANTINE (1991: p.40), segundo o qual não há um único sistema médico que possa ser considerado como *sujeito exclusivo do saber*, o que geralmente acontece através da dissimulação das contradições e pressupostos a partir do qual esse sistema opera e avalia outras concepções.

Com efeito, as tentativas de esclarecer a etiologia das LER, levam os autores, às vezes, a sugestões extremadas, de discutível amparo científico, considerados os critérios usualmente reconhecidos pelos próprios médicos:

“Partindo do princípio que a LER tem alguma semelhança estatística com a AIDS, podemos formular o seguinte postulado:

Talvez não um vírus, mas uma eventual substância química qualquer que, em quantidade tóxica, venha provocar a degeneração com fragilização das inserções tendíneas e/ou músculo esqueléticas de nosso organismo... Talvez possamos deixar o campo das especulações para uma tese e assim, conseguirmos o tratamento e a prevenção desse mal social.” (Décio Carmo Santos, Medicina Social: 1997, p. 1)

Ora, mais uma vez o que está em jogo é a suspeição sobre o nexos entre atividade ocupacional e a prevalência das LER, o que obviamente influencia todos os desdobramentos técnicos e políticos que o controle de qualquer enfermidade requer, tanto em termos de vigilância, quanto em termos das terapêuticas que serão mobilizadas para a sua eventual erradicação ou controle.

Capítulo II. As experiências e representações do senso comum sobre as LER

Claro que ninguém se toca com a minha aflição
Chico Buarque

II.1 Concepções gerais sobre as doenças

As representações sobre a morbidade dependem das condições em que esse episódio é vivido pelo portador da doença, pelo sistema social que o classifica enquanto uma doença e pelas respostas que a sociedade articula a esse contexto. Em dois trabalhos memoráveis, SUSAN SONTAG (1984, 1989) abordou a metaforização de duas enfermidades que atuam, cada qual a seu tempo, enquanto sínteses da mobilização de conflitos e medos mais abrangentes da própria sociedade: o câncer, e mais recentemente a AIDS. A autora enuncia a existência de duas nacionalidades, a saudável e *a do reino da doença*. Seu projeto, levado a efeito depois da vivência pessoal de um câncer, é a compreensão das condições de produção dessas imagens que circunscrevem a doença:

“O que tenciono descrever não é uma emigração real para o reino dos doentes e o que seja lá viver, mas as fantasias punitivas ou sentimentais forjadas em torno dessa situação; não a verdadeira geografia, mas os estereótipos do caráter nacional. Não pretendo abordar a doença física em si, mas o uso da doença como um símbolo ou metáfora. ... é muito difícil permanecer imune aos preconceitos decorrentes das sinistras metáforas com que é descrita a sua paisagem...” (SONTAG, 1984: p.7-8)

Conforme já foi mencionado, a idéia de conciliar distintos materiais culturais preconizada por François Laplantine encontra amparo no fato de que aqueles que estão

diretamente interessados na doença e na cura (os que sofrem enfermidades e aqueles que tentam combatê-las, na condição de terapeutas) possuem discursos formados a partir de cruzamentos entre sistemas de interpretação que confrontam dois campos de conhecimento e significado:

“o campo do doente, caracterizado pelo sofrimento e pela consciência da experiência mórbida com seus componentes de angústia e esperança ... o campo do médico, ... o único sujeito dos enunciados socialmente legítimos ... fundamenta sua prática precisamente na recusa de uma parte da experiência do doente ... em benefício do conhecimento objetivo como única fonte de verdade autêntica” (LAPLANTINE, 1991: p.14, grifos nossos)

Desse modo, neste projeto, a enunciação das representações dos portadores supõe a organização de um discurso que será, posteriormente, confrontado com o discurso médico, na busca das permanências, variâncias e rupturas eventualmente identificáveis.

Ora, de fato não parece possível vivenciar um enfermidade de um modo isento de significados, notadamente as que se apresentam de modo insidioso, de instalação lenta e progressiva, tornando-se crônicas, como as LER. Assim, a escuta dos depoimentos dos trabalhadores expõe a malha através da qual é tecida a nova consciência exigida pela condição de *portador de LER*. São depoimentos carregados de sentimento e emoção, que expõem formas contraditórias de combater e aceitar a enfermidade, ao mesmo tempo em que esclarecem o papel das técnicas diagnósticas e terapêuticas e da própria relação com os profissionais e serviços oficiais de saúde na produção de um enquadre sócio-cultural para esses sujeitos. Ser portador de LER é ser portador de uma nova identidade, ou, pelo menos, de um atributo adicional na identidade anterior. Vejamos o que eles próprios dizem a esse respeito.

II.2 A experiência da doença

Há inumeráveis condicionantes para a percepção de estar doente. Os estudos mostram que a experiência da doença está configurada por uma pluralidade de sistemas, na qual o discurso médico desempenha um papel preponderante de legitimação e controle:

“Se, do ponto de vista médico, o que caracteriza a transformação de sujeito passível de ser sujeito-da-doença em sujeito-da-doença é a situação de diagnóstico - exames clínicos, laboratoriais e outros -, do ponto de vista do indivíduo esta passagem se verifica a partir da designação médica, de seu veredicto, da tradução do significado de sentir-se mal em categorias: uma cardiopatia, uma nefropatia...” (HERZOG, 1991: p. 151, grifos originais)

Por outro lado, a experiência da enfermidade enseja investigações que esclareçam *processos intersubjetivos partilhados*, como advertiu ALVES (1993: p. 264). Trata-se de investigar a decodificação dos sintomas, encarados como anormais e, portanto, indicativos de doença, a requisição de cuidados e a explicação para esses fenômenos. Isto se dá no espaço social, em subordinação ao contexto histórico circunstanciado em termos “macro” e “microhistóricos”. Vale dizer que há uma dimensão temporal inescapável nas enfermidades. Isto porque a doença, com seus avanços e recuos, varia no decorrer do tempo em termos de intensidade e gravidade, mas também porque ela está condicionada por fatores históricos que interagem determinando que aquela experiência é uma enfermidade e não uma outra classe de impressões.

“A enfermidade, neste sentido, constitui-se em uma interpretação e em um julgamento sobre a matéria bruta das impressões sensíveis produzidas pelo corpo. Enfermidade não é um fato, mas significação.” (ALVES, 1993.: p. 269)

A consciência de que algo está errado aparece a partir de indicadores corporais ou não, uma vez que envolve sintomas de mal estar e agravos específicos, mas também abrange a capacidade de produzir e responder às demandas da vida cotidiana. Nas LER, a queda na produtividade, em geral, funciona como alarme de que algo não funciona bem:

“As pessoas tinham muito medo de perder o emprego, eu não tinha não, porque eu sabia que eu cobria todas. Nunca tive esse medo, comecei a ter quando eu já não era mais ... eu já não conseguia mais ser o coringa, aquela que tapava tudo, eu não conseguia.

Emocionalmente, eu já não estava bem, eu não conseguia digitar com a mesma rapidez. Eu tinha que parar. Eu estava normalmente... voltei a ter os problemas no pescoço, estava sempre com o pescoço duro, aí eu comecei a sentir pressão dentro do banco, aí realmente a coisa piorou ... eu procurei um médico.” (entrevista nº12)

“eu chegava em casa, dava aquela canseira, aquela coisa ruim, eu tinha trabalhado o dia inteiro, os braços pareciam ter carregado um saco de areia, parecia que eu tinha trabalhado de pedreiro, servente de pedreiro, então eu até perguntava: será que isso é normal, será que é uma coisa de mim mesmo?” (entrevista nº7)

“No momento eu pensei que fosse a LER, mas eu falava... acho que não, porque LER ...eu vejo a turma falar, logo afasta do serviço, e eu estou conseguindo trabalhar, não vai ser LER, eu pensava comigo assim, acho que não vai ser LER porque eu consigo trabalhar, tinha aquilo comigo, no meu pensamento não era nada de doença profissional, seria uma dor muscular o que eu sentia no movimento, então doía os músculos, então achava que fosse isso daí. Então para mim não era, depois que a dor foi aumentando...” (entrevista nº 18)

“Eu nos últimos dias que eu estava trabalhando, eu cheguei dentro de uma hora de serviço eu não agüentava mais nem pegar as peças, aí eu tinha que pedir para o ajudante que estava ali ajudando... pedir a ele pra ficar aí na máquina, aí ia no banheiro, tomava um cafezinho pra ver se melhorava um pouco...” (entrevista nº16)

Observa-se então que os entrevistados apontam uma revelação quase sempre trágica e desconcertante da *condição de doente*. Podemos afirmar que a ausência de informações anteriores sobre as LER provoca, naquele que busca uma explicação para o seu mal estar, um

sentimento de ter sido traído. Essa traição pode ser atribuída tanto ao próprio corpo quanto ao sistema médico-administrativo da empresa:

“o médico sentiu que eu estava com aquele problema, resolveu conversar comigo, pediu pra mim ficar lá, eu conversei com ele quase uma hora, ele perguntou muito sobre o trabalho que eu fazia e ele falou: nós vamos ter que abrir um CAT, de acidente de trabalho, porque você tá com LER.” (entrevista n°19)

“Essa preocupação partiu do médico da empresa, porque eu não estava cavando, eu não tinha nem conhecimento do que era LER, eu não sabia o que tava se moldando, mas já tinha um caso de LER na minha sessão.” (entrevista n°19)

“eu fui na Saúde do Trabalhador, quando passei com uma consulta com a médica, aí ela disse olha, vamos ver outros médicos, mas isso é LER, e tanto que eu falei não, não é.” (entrevista n°3)

Em virtude das controvérsias sobre a causalidade, denominação e diagnóstico das LER, ocorrem também as revelações que surgem a partir de informações na imprensa, através de médicos de outras especialidades ou através de outros portadores. Nesses casos, o sentimento de dúvida e traição é, em geral, mais evidente do que nas divergências ou evasivas médicas anteriormente referidas:

“eu já tinha alguns sintomas, mas não tinha conhecimento da doença, e despertei pra isso. Fui ao médico e constatou que já estava.” (entrevista n°14)

“Eu conversei com uma colega do mesmo banco... e aí comecei a falar, aí eu sinto tanta dor, comecei a falar o que eu sentia, ah, tu estás com um problema sério, vai ao médico. E eu passei quase seis meses pra ir, depois que eu conversei com ela. Porque eu não acreditava que pudesse ser isso.” (entrevista n°1)

“depois que eu saí de licença, fui afastada, daí eu fui saber, procurar o que era, eu fui ler a respeito ...que o médico que me afastou, me deu aquele manual do INSS, aí um mês depois teve aquele seminário lá na UNIMED. Eu vi pelo jornal, e eu fui assistir, você estava lá, então aquele dia por exemplo, eu achei um alívio, nossa essa doença existe, tem um monte de gente preocupada...” (entrevista n°5)

“Não, eu não estava assim com medo, porque começou aquela dorzinha e eu fui levar a minha filha no médico, e assim conversando que nem a gente está aqui, eu peguei e comentei com o médico, ah, estou com uma dorzinha aqui, você não passa uma faixa, eu acho que é pulso aberto. Ele falou não, não minha filha, isso aí não é pulso aberto, eu vou te encaminhar pro médico.” (entrevista n°7)

“Eu nunca tinha ouvido falar. Na televisão uma vez mostraram uma entrevista com o pessoal; até mostraram o pessoal com a mão, aqueles negócios assim⁴², estava falando, aí quando eles falaram, falaram que doía, eu achei mais ou menos que seria igual ao meu, entendeu, mas eu não sabia o que era.” (entrevista n°15)

É curioso observar que a negação tanto da causalidade ocupacional das LER, quanto da própria existência da doença estão sempre presentes, ainda que de modo vago, no depoimento dos portadores. Esses fenômenos manifestam-se de diferentes maneiras, seja desacreditando as próprias sensações e sinais corporais, ou na tentativa de automedicação para aliviar as dores que precede a procura por diagnóstico e cuidados médicos, seja na esperança de melhora espontânea, que aos poucos se mostra vã:

“eu ficava assustado e ao mesmo tempo eu não tinha uma certa credibilidade, como acho que qualquer pessoa que não tenha a doença. No começo eu também não acreditava na minha doença...” (entrevista n° 17)

“eu tinha um trabalho de digitação pra fazer, eu chegava no trabalho, sentava e começava a digitar, eu começava a sentir cansaço no pescoço, no braço, era como se tivesse assim um peso que eu não agüentava mais. Então eu ficava me esticando, procurando um lugar confortável pra sentar, abaixava a cadeira, tentava por o teclado no colo, arrumar um jeito de fazer, mas sentia assim bastante cansaço mesmo, nas costas e nos braços” (entrevista n°4)

“Eu comecei a sentir esse problema uns 9 anos atrás quando eu fui caixa, porque eu ficava 6 horas no guichet, então eu comecei a sentir desconforto nessa época...e daí pra cá só piorando, eu ia em médico, não era nada, mandava fazer exercícios, mandava fazer aquilo, era ATM... fui no dentista e gastei uma nota...(sorri)...não tinha nada...” (entrevista n°1)

“Teve momentos que eu pensava assim, meu Deus será que eu tenho mesmo, será que é invenção minha, será que essa dor, será que eu não estou fazendo isso pra não trabalhar ?

⁴² A entrevistada refere-se às talas de proteção, que também são chamadas de órteses.

Sabe, você se contamina de uma tal forma com isso, que você acaba pensando besteira, sentindo coisas horríveis” (entrevista n° 3)

Nesse contexto, a automedicação é uma estratégia adotada pela maioria dos entrevistados:

“...porque eu achava que era um coisa natural, por isso que eu continuei trabalhando, eu continuei de certa forma, fui até agravando esse problema.

Eu usei faixa, eu tentei colocar água quente com sal, eu esquentava água colocava o cotovelo, o braço todo naquela água quente entendeu, relaxava.

É como se o problema tivesse ali, alojado ali, ele não quer sair...

É como se ele não tivesse vontade de acabar, é a sensação que a gente tem...”
(entrevista n°19)

Aqui aparece, inclusive, um aspecto já ressaltado por LAPLANTINE, qual seja, o corpo que se rebela, que não responde, que torna-se, na prática, um inimigo. Isto está exemplarmente colocado naquilo que o autor denomina *a doença como não-eu*. O doente sente-se traído por aquele de quem esperava ou “merecia” toda lealdade:

“Meu ombro esquerdo tem sido carcomido por uma zona-zéster que continua a me atormentar; um lumbago paralisou minha perna direita. Ombro e perna, em suma, revoltaram-se contra mim. Quando digo meu corpo, pareço o rei teimoso que diz: meu povo, ao falar daqueles que precisamente o destronaram e lhe negam qualquer autoridade.” (EMMANUEL BERL apud LAPLANTINE, op. cit.: p. 53)

II.3 Afinal, o que está acontecendo com o meu corpo?

A consciência da doença engendra, imediatamente, uma necessidade de explicação para esse fenômeno, num processo de *significação*, como assinalou ALVES (1993: p. 269). As LER, que ainda são ignoradas por grande parte da população, mesmo entre trabalhadores de

áreas consideradas de risco para esses agravos, são vistas pelos portadores com alguma hesitação e dúvida, que se inicia na denominação que muitos consideram vaga e inadequada:

“quando você fala LER poucas pessoas sabem...” (entrevista nº12)

“quando você fala tendinite, tendossinovite, aí a pessoa entende mais, você fala LER... a pessoa já arregala aquele olho assim, até médico mesmo não entende, aquele olho assim, isso pega?” (entrevista nº 7)

“a gente fica numa dúvida porque não sei se é diretamente isso, porque a gente fez todo o esforço, certo? São 7 anos no mesmo trabalho, eu acho que vai ocasionar alguma coisa, isso é claro, porque toda a vida repetindo aquele mesmo serviço...” (entrevista nº18)

“muito vago... abrangendo a doença eu acho que é vago... que não é um nome definitivo...” (entrevista nº13)

Por outro lado, a suspeita que ronda a enfermidade faz com que os trabalhadores, eles próprios, pensem que as queixas dos demais sejam superestimadas ou mesmo inventadas, o que resulta num processo inicial de negação da sua própria enfermidade, observada na quase totalidade dos depoimentos:

“ouvi e li alguma coisa, mas não preocupava, bem aquela história, ah, só com os outros...” (entrevista nº4)

“a gente ouvia tendinite, problema no braço... de vez em quando uma aparecia com o braço enfaixado, ficava afastada uns dias, depois voltava a trabalhar... Isso ao longo desses anos... porque no banco aquilo era considerado a maior sacanagem: aquela ali tá com medo de perder emprego, olha o que ela fez... entendeu?” (entrevista nº12)

Assim, os portadores vão incorporando a noção de enfermidade a partir de concepções que articulam informações médicas e noções ancoradas no senso comum, mas, sobretudo, que surgem também da própria experiência da doença, formando assim concepções que são

subjetivas e intransferíveis, mas são também herdadas, em parte do próprio discurso médico, no qual buscam a legitimidade da doença:

“ela tem vários nomes devido ao lugar, a localização da doença, ela é uma inflamação...que com o repouso, ela se recupera...” (entrevista nº8)

“eles falam que é uma doença que não tem cura, ...que a gente tem que tratar, e...vai e vem, vai e vem, e a tendência é: quanto mais tempo elas demorem pra vir, é melhor, porque se num período de dois anos você tem a doença e depois de dois meses volta a doença de novo, a tendência é ela se aprofundar mais ainda...” (entrevista nº 11)

“Eu acho assim, uma fadiga causada por excesso de trabalho, fadiga do músculo, eu digo mais ou menos assim grosseiramente para as pessoas entenderem...” (entrevista nº14)

“eu acho que explica mais o tendossinovite, porque se eu digo, ah...estou com LER perguntam logo: LER? O que é isso? Se eu digo tendossinovite a pessoa diz que é uma inflamação em algum lugar ...” (entrevista nº 1)

“Ah, aquela doença que dá por causa de computador. É, mas não é só por causa disso, entendeu, se tem esse problema fazendo outro tipo que são movimentos repetitivos, então isso é uma coisa que eu sempre falo, então assim genericamente quando perguntam, eu falo: estou com tenossinovite, tendinite.” (entrevista nº4)

“quando você fala LER, ela não dá o sentido que ela tem que ter, eu acho. Hoje eu já incorporei tanto esse nome que já faz parte mesmo no meu quadro de informação a respeito da coisa. No começo não, no começo eu tinha que ficar lendo, estudando muito pra chegar a entender o que são Lesões por Esforços Repetitivos, o que é que significa isso...” (entrevista nº 3)

“eu acho que esse nome é o que mais esclarece, por esforços repetitivos, é a consequência mesmo... então eu acho que é o nome correto...” (entrevista nº17)

Observa-se então que entre as concepções da enfermidade aparecem imagens ligadas à causalidade, mas também a sintomas corporais: dor, inflamação e fadiga. Também entre os saberes eruditos vamos encontrar as concepções da doença articuladas a partir de sua causalidade, como procuramos mostrar no capítulo I. Nesse sentido, ao buscar razões para as dores, a limitação motora e o desconforto geral que vivencia, o portador de LER situa as suas explicações preferencialmente no âmbito do mundo do trabalho, ainda que a suspeita social e

as contra-informações possam causar um constrangimento que exige um posicionamento marcadamente moral, pleno de ambigüidades. Vale dizer que a enfermidade exige do portador uma tomada de posição em relação ao diagnóstico, em face das dificuldades próprias dos desdobramentos das doenças relacionadas ao trabalho e dessa enfermidade em particular. Deste modo, após longas escaramuças contra a sua própria percepção e posteriormente com o sistema médico, os portadores resignam-se a um diagnóstico que reinscreve a totalidade de suas relações sociais e profissionais, mas que, contudo, é questionado por eles próprios, ou reconhecido de modo hesitante:

“Eu ouvi esse nome ... e ... sinto... então é LER...Sinto que eu tenho isso.” (entrevista nº16)

“Ela te tira do rumo, eu acho que é meio diferente por isso. Porque ela mexe com a sua saúde, com o seu trabalho, com a sua vida, assim total parece... entendeu, então eu acho que ela mexe muito. Eu não sei também porque eu não tive uma outra tão séria... que fosse assim para eu comparar, porque o máximo que você tem é uma gripe, um trem assim, uma doença séria mesmo eu nunca tive...” (entrevista nº5)

II.4 A problemática da causalidade das LER

*“Eu não tenho tendinite, eu tenho **tedio vitae...**”
(observ.assist., mulher, 48 anos)*

A inferência causal mobiliza as atenções de todos aqueles que estão direta ou indiretamente envolvidos com uma enfermidade. No caso das doenças que podem ter alguma relação com o processo de trabalho, essa inferência assume maior importância ainda, na medida em que este fato supõe desdobramentos jurídicos e previdenciários que reconfiguram a vivência de todo o processo. Conforme já está assinalado, as LER são marcadas por inúmeras

controvérsias, sendo que no debate erudito, a mais intensa é aquela que busca esclarecer a problemática da causalidade. Entre os portadores, entretanto, não se observa o mesmo cenário. Apenas dois dos dezenove entrevistados apresentaram causas extra-laborais para as LER. Os demais apresentaram argumentos que atribuíam à penosidade do trabalho as origens das suas queixas. Em todos esses depoimentos, os portadores admitem que há marcantes diferenças entre o modo de trabalhar e a absorção dos efeitos negativos do trabalho entre as pessoas, o que, na opinião dos entrevistados, favorece o surgimento das lesões em alguns, porém, insistem que não sofreriam esses agravos caso houvesse medidas preventivas⁴³, o que situa a doença na esfera da morbidade prevenível, e portanto, fora da esfera das ocorrências de natureza idiopática ou individual, colocando em questão um caráter fatalista para a ocorrência da enfermidade.

II.4.1 O trabalho na gênese das LER

A maioria dos entrevistados atribui o aparecimento das LER à experiência vivenciada num trabalho intenso e desgastante, mas seus depoimentos parecem hesitantes diante da dor e do sofrimento – priorizam as sensações corporais que denotam alguma perda da capacidade de produzir.

De modo ambíguo, o trabalho aparece como um processo penoso e adoecedor, ainda que os depoimentos ressalvem sempre a sua importância e centralidade nas suas vidas.

⁴³ Ver discussão posterior sobre medidas de prevenção.

Muitos estudos coligidos mostram as precárias condições em que trabalha a maioria dos brasileiros e não é difícil estimar os desdobramentos desse cotidiano, como advertem GOMEZ, CARVALHO e PORTO (1992). Esses autores mostram que ao lado das tecnologias reconhecidas como “suas”, ou seja, flagrantemente nocivas, o país introduziu, sem qualquer controle, um conjunto de inovações, genericamente denominadas *novas tecnologias*, que vêm produzindo graves repercussões sobre a força de trabalho, com o agravante de não serem consideradas como tal:

“A ausência de uma planificação socialmente compartilhada pode converter os avanços tecnológicos em novas cargas de trabalho e formas de desgaste da saúde dos trabalhadores, o que, de certa forma, significaria incorrer, sob novas premissas, em velhos equívocos históricos” (GOMEZ, CARVALHO e PORTO, 1992: p. 90).

Essa compreensão aparece de modo absolutamente claro nas entrevistas com os portadores de LER, embora seja possível localizar um certo desconforto com a contradição provocada por uma mudança na base técnica considerada progressista e valorizada pelos entrevistados, mas que, no entanto, redundava em desgaste e penosidade; além da pressão pela lucratividade e produtividade do trabalhador, enquanto dimensão da exploração, resultando em desgaste:

“Ah, porque eu sou fascinada em computador, informática... nossa, eu adoro. É uma paixão mesmo, até isso dói dentro de mim, saber que eu sou digitadora e nunca mais vou poder digitar ... eu acredito que a culpa não é dele (computador), porque a informática quanto melhor ela vir, mais moderna ela vir, mais ela vai ajudar a gente, o problema é o empresário que não quer investir, não quer ajudar o funcionário, ele só quer o rendimento pra ele, ele só quer ver o lucro dele. Tanto que quando eu fiquei assim, o médico me falou que eu teria que fazer um exame, que eu teria que pagar, eu liguei pra São Paulo, pedi o dinheiro pra eles que eu não tinha condições, eles negaram pra mim” (entrevista n° 8)

Não obstante a evidente contradição entre progresso técnico e nocividade, os trabalhadores manifestam argumentos objetivos sobre um risco anunciado:

“...eles escolheram o BANESPA, e eles fizeram uma avaliação da questão da saúde ocupacional, e eles, em 1985, não tinha ainda o nome LER, nem sabiam, não tinha ainda o que se conhece hoje dessa doença, só que o diagnóstico que eles fizeram do ambiente de trabalho, do esquema, de como as pessoas trabalhavam, eles escreveram tudo que ia acontecer com essas pessoas daquela agência, que hoje se chama LER ... tudo.” (entrevista n°3)

A par dessa suposta incoerência, aparecem, na verdade, inumeráveis imagens do trabalho acelerado, forçado e extenuante que é cotidianamente vivido por esses trabalhadores:

“o serviço é muito acelerado, muito cansativo, com um calor, aquilo parece que vai dando um cansaço físico muito grande. Então muitas não agüentam mesmo, eu nunca desmaiei graças a Deus, até hoje nunca desmaiei, só que tem muitas colegas que desmaiavam lá e eles levavam na enfermaria, daí demorava um pouco, voltavam em serviço, é assim... Porque lá o serviço é muito pesado, é muito castigante” (entrevista n°9)

“eu chegava em casa dava aquela canseira, aquela coisa ruim, eu tinha trabalhado o dia inteiro, os braços pareciam ter carregado um saco de areia, parecia que eu tinha trabalhado de pedreiro, servente de pedreiro, então eu até perguntava: será que isso é normal, será que é uma coisa de mim mesma?” (entrevista n°7)

“eu cheguei a pegar a minha bolsa, querer sair... eu liguei em São Paulo, eu falei: desse jeito não tem condições... Cheguei a chorar uma vez no telefone, pedi pro dono da empresa, pedi pra ele, comprar um computador novo... Ah eu vou comprar, eu vou numa feira de exposição, que eles participam muito disso, eu vou comprar e nunca que eles compraram. Aí me mandaram, era mais novo que aquele mas não era mais moderno, só que estava com o mesmo problema. Então eu cheguei a falar várias vezes com a gerente, olha eu não agüento, eu não estou agüentando, é muita pressão, isso aqui não é serviço pra ninguém... Só que você se submete a isso porque você tem filho pra criar, tem família pra ajudar...” (chorando muito) (entrevista n° 8)

Essa experiência laboral de dor e sofrimento está longe de ser uma exclusividade dos portadores de LER. Diversos autores, trabalhando com áreas distintas da produção, vêm

mostrando resultados semelhantes (LOPES, 1978; MINAYO, 1986, LAURELL & NORIEGA, 1989; SILVA, 1994).

Por outro lado, observa-se uma certa naturalização dessa penosidade e desgaste, compartilhada com concepções heróicas desse tipo de trabalho, muitas vezes valorizadas pela ideologia do labor árduo, porém honesto:

No caso dos trabalhadores industriais, a imagem mais lembrada foi a do burro de carga. O jegue, pela submissão e resistência, emergia em algumas falas como figura não só explorada, mas também plena de virtudes.” (SILVA, 1994:p. 218- grifo original)

A causalidade é, nesse contexto, manifesta a partir de uma experiência vivida como adoecedora, mas também apreendida a partir da prática médica instituída; que reafirma as condições em que o trabalho é realizado na “produção” das LER, particularmente quando lhe é determinado pelo médico o afastamento do trabalho, sugerindo ser este um demarcador da percepção do trabalhador, sobre a doença de origem ocupacional:

“eu me afastei, fui no médico de novo, o médico falou assim desse jeito não vai ter condições, senão você vai acabar perdendo os dedos, aí ele me engessou” (entrevista n° 8)

“eu fui ao médico ortopedista , aí ele me disse que era o LER, tenossinovite, e tendinite, e que ele achava que no momento não deveria me afastar, continuar trabalhando devagar, mantendo um período de descanso, né, intervalo, e pra eu ficar observando até um mês ou dois, depois disso daí ele daria o afastamento...” (entrevista n° 13)

“eu conversando com o médico, ele disse, olha isso não é artrite, você não tem nenhuma característica de mão, braço, que possa te levar à artrite, pelo que eu sei que você faz no banco, isso daí não é artrite, aí eu fui na Saúde do Trabalhador” (entrevista n°3)

Assim, entre surpresos e cautelosos, os trabalhadores exibem representações de etiologia laboral, ancoradas na experiência vivida, mas, sobretudo, legitimada pelo saber técnico, aqui instituído pela Medicina e pela Previdência:

“Eu fiquei afastada pelo INSS... Aí um dia eu falei com o médico de lá do INSS, aí ele falou assim, olha, tem esse médico dos trabalhadores lá onde você trabalha, aí eu fui lá, fiz o CAT” (entrevista nº6)

“A gente não sabia o que era, se não fosse a assistente social lá do INPS, me encaminhar... porque a médica já falou pra mim: não tem mais condições de você ficar desse jeito, melhor é afastar um tempo pra fazer o tratamento direito. Se a médica não me encaminhasse para a saúde do trabalhador, eu não passasse por lá, eu nem sabia o que era LER, nem sabia de nada, porque eu ia me afastar pelo INPS mas como doença assim comum, aí que a assistente falou não, você vai, entra como acidente de trabalho, isso daí você pegou no serviço, então é um acidente de trabalho. Senão, eu nem sabia também.” (entrevista nº2)

“Achava que era coisa de 30 dias, sabe, quando o médico do INPS deu 90 dias, eu achei demais, mas nossa, eu vou ficar esse tempo todo afastado?” (entrevista nº 14)

Onde o conflito saber técnico X capital também aparece:

“Os médicos às vezes falam com o dono da firma, encarregado, chefe, que o funcionário tem que trabalhar assim, assim, assim e assim. E eles daí uns dias, não estão nem aí, pros funcionários, nem com o que o médico falou. E isso aí eu cansei de ver muito nas firmas por aí.” (entrevista nº16)

A multiplicidade de interpretações dos médicos em relação às LER aparece como um fator complicador nas representações da etiologia da doença de parte dos trabalhadores entrevistados. Conforme já procuramos mostrar, a Medicina do trabalho opera através de um estatuto pericial instituído a partir das chamadas provas objetivas. Nas representações dos trabalhadores entrevistados, as causas laborais, embora intuídas, não podem ser comprovadas através de peças irrefutáveis. Isto provoca uma eterna desconfiança e dúvida em relação às suas próprias percepções de estar doente:

“Cada médico explica de um jeito, você vai num médico ele fala que é uma coisa, você vai no outro ele fala que é outra, então você fica até meia vendida. Não sabe nem o que é direito.” (entrevista nº2)

“...a gente fica naquela, numa dívida... porque não sei é diretamente isso, porque a gente fez todo o esforço, certo, é 7 anos no mesmo trabalho, eu acho que vai ocasionar alguma coisa, isso é claro, porque toda a vida repetindo aquele mesmo serviço...” (entrevista nº18)

“que quando o médico dá um afastamento pra gente, acho que a gente acaba pensando isso também, “será que eu também não sou muito mole” ... ficava no começo me sentindo assim: eu escuto pessoas que falam que têm dor também e que não saem” e aí alguém fala: pô, você está falando também mas eu conheço fulano, que já faz tanto tempo que está falando que tem dor e não afastou” (entrevista nº4)

A esse respeito, LAPLANTINE esclarece que há uma tácita autorização sociocultural que faz com o que o médico seja *“o único sujeito dos enunciados socialmente legítimos e fundamenta sua prática precisamente na recusa de uma parte da experiência do doente”* (LAPLANTINE, 1991.: p. 14). Isto explica porque as informações fornecidas pelos entrevistados reiteradas vezes, no momento da consulta, não chegam a influenciar o julgamento clínico⁴⁴:

“Inclusive, o médico da empresa falou que eu tinha uma filha pequena e que o problema era esse. Colocou bem assim na carta, grifou, sabe, filha pequena, filha menor, lá tudo. Aí, ela estava com um ano, um ano e um mês quando eu me afastei, aí ele pegou, colocou isso na carta, aí eu levei lá, o outro médico até deu risada.” (entrevista nº7)

Representado como acelerado e fatigante, o trabalho é concebido como responsável por um enfraquecimento e uma debilidade que alteram a produtividade dos sujeitos e lhes tiram a alegria. Isto acontece apenas a alguns, por razões também ligadas ao modo de trabalhar:

“que nem um burro de carga, arrastando, entendeu?” (entrevista nº15)

⁴⁴ A esse respeito, conferir a discussão feita por NOVAES, 1987.

“para não pegar mesmo a doença, só as mais espertas ... que a gente que trabalha pega, não tem jeito.” (entrevista n^o9)

As imputações causais de natureza laboral para enfermidades obscuras ou mal conhecidas também foram freqüentes em estudos anteriores. MINAYO (1992) classifica-as entre as causas exógenas e assinala que, nesse caso, o indivíduo é vítima de um modo de viver nocivo.

Ao que parece, o modo de trabalhar aparece como imputação preferencial, uma vez que entre trabalhadores o trabalho parece determinar, em geral, a percepção de todas as facetas do estar no mundo. Assim, nas entrevistas que realizamos, não chegaram a aparecer representações de etiologia da doença ligadas ao mundo natural, ao universo sobrenatural e às condições de vida, como apareceu marcadamente entre trabalhadores pertencentes às classes subalternas, conforme estudos das representações sociais das doenças em geral e de algumas específicas como a hanseníase e a esquistossomose apontaram (CLARO, 1995; ROSEMBERG, 1994; COSTA, 1978; CANESQUI, 1990; MINAYO, 1988; NGOKWEY, 1988).

De modo análogo, apenas dois entrevistados relacionaram a doença a aspectos extra-laborais. Nesses casos, os depoimentos usaram argumentos que diziam respeito às precárias condições de vida (especialmente às alimentares, traduzidas pela fraqueza e debilidade corporal) ou às suas características pessoais (sofrimentos e preocupações cotidianas e relacionais), ainda que mantivessem algum ponto de contato com o trabalho. Vale assinalar que esse argumentos partiram de dois trabalhadores de diferentes setores da produção (banco e empresa metalúrgica) e com graus de escolaridade bastante diversas (nível superior e primeiro

grau incompleto), o que apontou, neste caso, para a falta de relação direta entre condições socio-econômicas e imputações causais:

“porque eu não sei, eu não posso provar nada, mas eu acho, se você que nem você tá fazendo essa pesquisa, as pessoas que tem esse problema, pode ver que elas não tomaram muita vitamina, não tomaram muito leite. Quando era pequena não tomava muito essas coisas, inclusive eu quando era pequena, a minha mãe não tinha leite, a gente tomava água de açúcar, as vezes não tinha comida, comia pão com água de açúcar, e coisas assim, sabe, eu tiro por mim” (entrevista nº6)

“você já percebeu que a maioria são pessoas com problemas de casamento ou mesmo insatisfeitas com a vida, ... e não sei se é um fator, ligado também à falta de satisfação do trabalho realizado porque eu acho que banco não traz nenhuma satisfação” (entrevista nº 17)

“já fiz até serviço de pedreiro, eu sei que eu fiz força, mas tem gente que não, eu conheço aí gente que fez também ...mas eu acho que um pouco é fraqueza porque antigamente a gente não tomava muito remédio, vitamina, essas coisas, inclusive os meus pais mesmo, a minha mãe ela levava no posto só pra pesar, tomar vacina e acabou, se ficasse doente...

Inclusive, eu também não tomei muito leite, inclusive até as minhas crianças também não gostam nem de leite, poucas vezes que elas tomam, então isso daí, também eu acho que é um pouco de fraqueza do corpo da gente” (entrevista nº6)

Nesses depoimentos, como se vê, a etiologia das LER é atribuída aos mesmos fatores referidos às doenças em geral conforme apontaram estudos já mencionados, evidenciando as deficiências alimentares dentre as causadoras de doença, por seus efeitos desequilibrantes sobre o corpo que trabalha.

É assim que as categorias forte/fraco, aplicadas aos alimentos, ao corpo, aos remédios e extensivas a outros domínios da natureza e das relações sociais são articuladoras de um conjunto de representações, conforme sugeriu BOLTANSKI (1979), no que foi seguido por vários estudiosos brasileiros deste campo.

Cecil Helman (apud CLARO, 1995: p. 54) mostrou que há dois grandes grupos de imputação causal por parte dos doentes: aquelas causas que fogem do controle do indivíduo

acometido e aquelas sobre as quais eles podem ser responsabilizados. Numa formulação um pouco mais elaborada, LAPLANTINE propõe a oposição endógeno/exógeno. Esta polarização diz respeito à oscilação entre uma causalidade externa e uma causalidade interna (LAPLANTINE, 1991: p. 67). São as influências recebidas do exterior (vírus, modo de vida, entre outros) em oposição aos condicionantes internos: hereditariedade, temperamento, predisposições. É preciso assinalar, entretanto, que para o autor as causas exógenas e as endógenas não dependem apenas do arbítrio dos indivíduos, pois sua imputação depende de fatores mais abrangentes:

“Em toda cultura, em um determinado momento, privilegia-se um certo número de representações (que podem ser chamadas de dominantes), em detrimento de outras representações que nem por isso estão ausentes, mas marginalizadas com relação às precedentes e, algumas delas, descartadas (definitiva ou momentaneamente), ou seja, eliminadas do campo social atual. Toda sociedade, toda época é obcecada pelo que considera causa por excelência da doença... trata-se do que foi para o Ocidente o álcool, a insalubridade e a subnutrição, os casamentos consangüíneos e hoje em dia (entre outros) o tabaco, o consumo de gorduras, a vida sedentária, o ritmo da vida urbana e, em menor grau, o patrimônio genético.” (LAPLANTINE, 1991. : p. 37)

No caso que estamos examinando, aparece, entretanto, um cruzamento de representações que exige detalhamento. Aqui se incluem os aspectos ligados ao ritmo do mundo contemporâneo e às tendências mais recentes de relacionamento social. Curiosamente, quando se tratava de examinar os fatores que poderiam provocar as doenças em geral (excluídas as LER), um certo modo ou estilo de viver, solitário, de maneira precária e insegura, sem maiores preocupações com o futuro, também foi majoritariamente responsabilizado pelos entrevistados.

Este fenômeno nos remete à discussão que vem sendo travada no mundo acadêmico em relação aos conceitos de qualidade de vida e à atribuição de problemas de saúde oriundos de

uma vida insatisfatória. BARBOSA (1996) mostra que a população de usuários de centros de saúde apresenta, por vezes, um conjunto de queixas, sem causas clínicas imediatamente identificáveis, que são, geralmente, imputadas ao modo de viver atual e que vêm sendo classificadas como “*novas calamidades sociais*”.

Assim, no caso dos nossos entrevistados, a falta de perspectivas, a infância pobre e desprovida de acesso a serviços de saúde e a infelicidade conjugal, seriam responsabilizados por uma doença que não parece, a esses dois trabalhadores, ser elucidável por causas objetivas e concretas.

De maneira mais aprofundada, os domínios do sobrenatural e do psicossocial vêm sendo apresentados como noções etiológicas em vários estudos (NGOKWEY, 1988; MINAYO, 1988; LAPLANTINE, 1991) e respondem por aquelas imputações que, apesar de pouco precisas, respondem pela necessidade de dar um significado ao sofrimento vivido, fora do plano material, sem que, necessariamente, haja desdobramentos práticos (no plano das ações) em relação a estas imputações etiológicas. O que transparece destes depoimentos é a dúvida, a constante indagação:

“Porque eu acho que se o braço da gente tá grudado na gente, é porque ele tem que fazer movimento, ele tem que trabalhar, agora por que essa dor?” (entrevista nº6)

No centro espírita eles diziam que era uma certa tensão e conseqüência do processo gerado por problema pessoal, problema familiar, poderia ser até um obsessor que provocava essas dores, então nós tomávamos passes.” (entrevista nº17)

“Porque se for da minha infância, vou julgar a minha mãe ? ... É meio difícil, porque as condições que ela tinha podem não ser o que eu precisava...”

Agora eu preciso trabalhar, trabalhei, comecei a trabalhar com oito anos, trabalhar para fora, já olhava criança, cozinhou, ... então, tem tudo isso, vai acumulando, ... então isso aí vai da fraqueza desde o começo, desde o nascimento, eu acho...” (entrevista nº6)

II.5 A vivência da dor: a experiência incomunicável

*Ninguém olhou
Ninguém notou, a dor que era o seu mal
A dor da gente não sai no jornal
Luis Reis e Haroldo Barbosa*

“eu estou me acostumando com a dor, de sentir dor, ... mas também não tem outro jeito... o que você vai fazer?” (entrevista n° 3)

A primeira e mais freqüente queixa dos portadores de LER é a dor. Trata-se de uma sensação sempre descrita de modo intenso e carregado de emoção, como verificamos nas entrevistas:

“foi no sábado, esse dia de hora extra né, aí de madrugada no domingo, isso amanheceu tudo inchado, já doendo muito, uma dor terrível mesmo, que parece até que o osso do braço vai se partir, parece que está abrindo assim a ferro e fogo mesmo, sabe, é uma dor terrível” (entrevista n° 9)

“eu sentia uma dor que eu não conseguia dormir, aquela dor eu tinha vontade de dar um murro na parede com o braço” (entrevista n°7)

A dor do portador de LER, signo máximo de seu sofrimento e limitação corporal, reveste-se de um significado a um tempo trágico e, a outro, suspeito, mesmo aos olhos de quem a experimenta:

“a gente quando tá sentindo dor, por exemplo, a gente tem que procurar distrair, eu acho que é o ponto mais importante, é a gente procurar a distrair, a brincar, conversar, rir como eu faço, então ainda sentindo dor, se a gente fica com aquela dor aí ela vai aumentando cada vez mais. ... eu já suportei trabalhar oito meses sentindo dor, não uma dor que me atrapalhava, não deixava trabalhar, mas sentindo dor né, e conseguindo trabalhar” (entrevista n°16)

“uma hora você está com dor nas costas, outra hora você está com dor de cabeça, outra hora... sabe, vai aparecendo um monte de doença... eu acho que se a pessoa não arruma uma atividade, ela acaba ficando doente por completo... a pessoa vai arrumando doença para ela, por isso que tem muita gente que agrava por conta própria o grau dela, se pudesse colocava que ela tinha grau 10, a pessoa fica impertinente, fica todo mundo... fica igual criança...” (entrevista nº 19)

A dor, vivida desse modo ambíguo, sentida e negada, presente e ausente, num corpo que é tomado como desobediente e extravagante, aparece, representada ora como uma entidade destrutiva, ora como um recurso de proteção e preservação da integridade corporal:

“Que tem doença que você tem ela, mas não tem dor e as que têm dor é insuportável, parece que acaba até com o seu lado espiritual de dar risada, você não consegue dar sorriso, você parece que fica com baixo astral, você sai e fica até meio assim afastada das pessoas pra não passar o que você tá sentindo pra outra e a outra pessoa fala: nossa você é chata. Você é uma pessoa desagradável.” (entrevista nº8)

“se eu não tivesse dor e fosse fazendo sempre, como é que ficaria o corpo, quer dizer, acho que de qualquer maneira ele não agüentaria, só que aí a gente cairia morto, assim, sem nada...” (entrevista nº4)

Ademais, as circunstâncias sócio-profissionais em que as LER são vivenciadas, fazem com que o portador busque, a todo custo, comprovar a existência da dor para os outros: médicos, empregadores, colegas de trabalho, familiares, que na condição de experiência privada e intransferível, deve ser descrita e evidenciada cotidianamente aos demais, na busca de comprovação de sua limitação e reconhecimento da condição de doente. Assim, todos os recursos de quantificação e exemplificação são usados:

“Os médicos já dizem que cirurgia já não resolve mais, a intensidade da dor eles classificam de 0 a 10, já passou de 10, a intensidade é muito forte.” (entrevista nº8)

...porque você tem a dor, mas essa dor não mostra pra ninguém, só você que tá sentindo. Inclusive, deveria ter... um tipo de... ver pressão, ver febre, então deveria ter um termômetro pra ver a dor que a gente tem, porque às vezes a gente tem essa dor que não agüenta, tem hora que dá, depende do esforço que a gente faz, mas fazer o quê ? Não tem, acho que é só a gente que sente.” (entrevista nº6)

“Então, as pessoas sempre olham com uma maneira diferente, todas. Você não tem como provar que você tá com dor, nem os médicos mesmo. Você chega e fala ah, eu tenho a dor, que nem o médico na empresa falou pra mim: enquanto não inventarem um dormômetro, não sei se você tá mentindo ou não.” (entrevista nº13)

HELMAN (1994) observa que há dois tipos de comportamento de dor: a dor privada e a dor pública. Para ser comunicada, a dor exige demonstrações verbais ou não-verbais que expressem ao outro o fenômeno íntimo e pessoal pelo qual aquele que sofre está passando. A escolha por canais e estratégias de externalização da vivência da dor depende de vários fatores. Se a dor é considerada normal, haverá maior dificuldade em torná-la pública. HELMAN exemplifica com a dor provocada pela dismenorréia nas mulheres⁴⁵. Caso a dor seja vista como anormal, há maiores possibilidades de que seja tornada pública.

A dor é o principal motivo para a solicitação de consultas médicas⁴⁶, porém essa busca de cuidados tem condicionantes históricos que autorizam ou não a valorização dessa queixa enquanto digna de crédito e resposta. JAQUELINE FERREIRA (1995) argumenta que as técnicas para o parto sem dor tiveram que pressupor que a dor não era inerente ao parto, imagem que estava, de fato, alicerçada na relação entre feminilidade, passividade e dor.

Ora, o impacto causado pelas LER na vivência plena de todos os aspectos existenciais dos portadores está absolutamente cristalino nas entrevistas. A vivência diária da limitação

⁴⁵ Ao serem solicitadas que mantivessem registros de todos os seus estados e funções corporais, apenas 18% de mulheres de classes sócio-econômicas altas e baixas referiram a dismenorréia, num estudo conduzido por Zola. Quando questionadas, afirmaram que esse fenômeno era inerente ao fato de ser mulher e, portanto, não constituía uma situação eliciadora de cuidados especiais. (HELMAN, 1994: p. 167)

⁴⁶ A esse respeito, ver o interessante trabalho de FERREIRA (1995).

corporal de movimentos e força, a constância da dor e a perda de autonomia provocados pelas LER resulta num sofrimento que é metaforizado de diferentes maneiras, mas converge para a consciência de uma vida interceptada e abortada pela doença.

Sabe, você fica uma pessoa sensível, mas não é sensível da dor, é sensível das dificuldades que você passa, do preconceito da empresa, não é dos amigos, da família, é da empresa que te põe, parece que cada vez mais obstáculo, pra você ser mais difícil conseguir ganhar. Inclusive, eu vou ter audiência, se eu não ganhar a audiência, eu vou convocar o juiz e o empresário pra ir ao Mário Gatti ver o que os pacientes passam.

Não é brincadeira, você deitado no meio de pessoas que fazem cirurgia, você vê gente estourada no Mário Gatti. ... Às vezes, fura quatro vezes, pra achar a veia⁴⁷, aquela dor insuportável do soro, porque seu corpo não agüenta mais nada, tomando injeção na cabeça, tomando no corpo, é ... oh, o corpo da gente parece que está tudo podre, o corpo inteiro fica tão podre que não suporta mais agulha. (entrevista nº8)

O corpo podre, inerte, aqui referido pela portadora, aparece em vários outros depoimentos. O corpo que não responde mais ao comando e insiste em ter voz própria, torna-se um adversário, como já havia aludido CLARO (1995) ao investigar as representações sobre a hanseníase. A gravidade especial, de natureza qualitativa, carregada de sentimentos, como também de imobilidade e limitação corporal, aparece em inúmeros exemplos entre os portadores de LER:

“O mais difícil é você querer movimentar o braço e não conseguir...aí dá aquela sensação de angústia de você querer...sabe, você acaba ficando nervosa...Nossa, o braço pesa parece que duzentos quilos, é horrível” (entrevista nº11).

“A LER... fiquei muito diferente, o meu comportamento, as minhas reações, eu comecei agora a terapia, então eu não sei nem a quê vou chegar, mas eu tenho muita esperança, de

⁴⁷ Trata-se da terapia de bloqueio de dor, realizada mediante aplicação endovenosa de anestésicos, indicada em casos de dor severa e realizada em regime ambulatorial.

com isso, eu mudar. Porque eu não me gosto, eu não gosto de certas reações minhas.” (entrevista n°12)

“Olha eu me sinto diferente por causa da LER, só por causa da LER, que antes eu era alegre, assim feliz, hoje em dia eu não sou mais, sabe, não sou mesmo, depois dessa doença que é uma coisa que agravou muito a cabeça da gente, abala o estômago, abala tudo, o corpo inteiro” (entrevista n°9)

Embora pareçam excessivas no caso de doenças de gravidade e metaforização mais brandas, como nas LER, aparecem representações da doença mostrando que a enfermidade enseja a discriminação⁴⁸ no trabalho vivenciada através de sentimentos muito intensos de impotência, isolamento e exclusão social, na condição de sujeito improdutivo. Ser produtivo é, portanto, marca de inserção e capacidade social, em sintonia com uma norma dominante na sociedade capitalista, que é o trabalho:

“É uma derrota. É como se a pessoa tivesse perdido uma capacidade. É como se você tivesse, sei lá, é como se alguém cortasse um pedaço teu, tirasse uma parte tua, então agora isso aí você não tem mais...” (entrevista n°19)

“O diagnóstico dela é difícil, eu cheguei a ir em médicos que falavam: você não tem isso, o que você quer menina, você não tem. Então, a LER é diferente socialmente, ele é uma doença, é uma coisa que discrimina, você é discriminada.” (entrevista n°12)

“Bom, lá, a gente geralmente é discriminado porque quando eu trabalhei... que eu peguei a LER, esse tempo todo, que eu fiquei sete dias afastada, que eu voltei, a minha coringa me passou para outra linha para eu fazer serviço mais pesado ainda e o chefe, eu senti que ele já estava me olhando diferente, o pessoal discriminava muito sabe.

Os amigos vêm e falam assim: nossa você tá com o nervo fraco, não agüenta o serviço. Isso e aquilo, e tiram sarro sabe, eu falei que vou entregar na mão de Deus...” (entrevista n°9)

Não obstante a ocorrência freqüente de representações “positivas” da experiência advinda das LER, os portadores, amiúde, mencionam representações negativas da identidade,

⁴⁸ No caso da hanseníase, as representações de exclusão social encontram forte apoio social, sobretudo porque são muito antigas e trazem estigmas, marcas sociais e corporais (CLARO, 1995)

relacionadas à exclusão. Isto aparece nos depoimentos sobre os sintomas, na descrição da incapacidade, do estigma e, notadamente, na perda de sentido para a vida. Uma espécie de marca que passará a acompanhá-los:

“se eu pudesse voltar um ano atrás pra não colocar essa LER na minha carteira, eu não ia deixar por, porque isso aí eu vou ficar pro resto da minha vida, vai ser uma mancha na minha vida profissional” (entrevista n° 13)

“Ela (a LER) te tira do rumo (chorando muito), eu acho que é meio diferente por isso. Porque ela mexe com a sua saúde, com o seu trabalho, com a sua vida, assim total...parece, entendeu, então eu acho que ela mexe muito.” (entrevista n° 5)

“dá um desespero assim, muito triste na gente, sabe, uma coisa difícil mesmo essa doença. A gente sente assim como se tivesse morta, quase, sabe, dá um desespero, uma revolta tão grande.” (entrevista n°9)

II.6 A doença como oportunidade de crescimento pessoal

Não obstante a consciência de uma tragédia pessoal, a idealização da experiência da doença como um processo de redenção e crescimento aparece continuamente nas entrevistas. Este mesmo aspecto já foi apontado por diversos autores e parece estar relacionado à necessidade de conferir alguns sentido à experiência da enfermidade. Para LAPLANTINE (1991), a função benéfica da enfermidade é o marco que funda a separação entre a medicina científica de corte positivista atual e a medicina pré-hipocrática, influenciada por crenças mitológicas arcaicas e “anticientíficas”. É o que o autor chama de *desimplicação do mal* da medicina, que significa a superação de uma visão sacra ou filosófica do homem para alcançar um perspectiva naturalista da doença.

“o que chamamos de progresso da ciência médica consiste em uma emancipação com relação às crenças metafísicas, às especulações filosóficas e às interrogações psicológicas, mas também com relação ao social e principalmente ...às etiologias sociais que atribuem a causa presumível da doença ao religioso.” (LAPLANTINE, op.cit.: p. 215-6)

Desse modo, há um significativo distanciamento entre as representações médicas sobre a enfermidade, localizadas de modo cada vez mais nítido no biológico⁴⁹, e as representações dos próprios doentes, ancoradas na função positiva da condição de doente e na experiência de sofrimento que as doenças impõem.

A *doença-salvação* aparece nas concepções abordadas por FRANÇOIS LAPLANTINE como uma experiência enriquecedora e de libertação. Do mesmo modo, vários estudos apontam representações positivas associadas ao adoecer, pela cultura (UNSCHULD, 1986; NGOKWEY,1988; ARREDONDO, 1992; BERLINGUER,1988; SONTAG, 1984/1989).

SUSAN SONTAG chama a atenção para aspectos curiosos das representações sociais positivas sobre a tuberculose. Isto pode ser observado na valorização de costumes e padrões de consumo que passaram a presidir o imaginário dos séculos XVIII e XIX:

“Para os esnobes, forasteiros e arrivistas, a tuberculose era um índice de distinção, delicadeza e sensibilidade.A consunção era entendida como uma maneira de aparecer e essa aparência tornou-se o elemento principal dos costumes do século XIX. Tornou-se grosseiro comer com apetite. Ter a aparência de doente era algo glamouroso.” (SONTAG, 1984: p. 39)

⁴⁹ *“Quando a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente, para o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente.”* (CAPRA,1982: p. 119)

A idealização do adoecer, enquanto o caminho para um lugar social privilegiado, aparece em inúmeras publicações da literatura leiga, mas aparece também na literatura médica que se endereça ao público em geral.

SONTAG lembra que um certo grupo de romancistas afirma frequentemente o caráter auto-transcendente das doenças e menciona Oliver Sacks, famoso pela utilização de “casos catastróficos de doenças neurológicas” com finalidades de exaltação e afirmação do desenvolvimento pessoal favorecido pela enfermidade (SONTAG, 1989, p.45).

Nas entrevistas, são inúmeros esses exemplos:

“acho que foi muito bom acontecer isso comigo, porque eu comecei a ajudar mais, comecei a conversar mais com as pessoas, que nem, eu vou no grupo da PUCC, eu vou lá onde eu estou fazendo parte da associação, então acho que ajudou muito, em termos de melhorar mais a minha cabeça, para eu ajudar mais os outros, então eu acho que pra mim tá sendo muito bom” (entrevista nº7)

“Olha eu aprendi muito, eu bati muito a cabeça, eu amadureci muito com esses problemas, principalmente profissionalmente, aí bate um pouco com a maneira de ser, antes, tudo vinde a mim e acabou, hoje eu faço valer um pouco a minha vontade, já por ter tido essa experiência, com relação ao problema em si, eu mudei, eu amadureci” (entrevista nº10)

“É muito sofrido, mas eu acho que a gente cresce. Porque no meu caso eu aprendi a me respeitar um pouco, a saber que eu tenho limites, que eu não posso achar que eu tenho que fazer tudo, exatamente como o chefe pediu, por exemplo, achar que eu tenho que dar conta da casa, do marido, dos filhos, trabalho, ser aquela super mulher que dá conta de tudo, então deixei mais solto” (entrevista nº1)

“Ah, ensinou, ensinou porque eu sou adventista de berço...mas na idade de 14, 15 anos aquela idadezinha da adolescência, eu afastei, e foi na dor que eu vim refletir a vida que eu levava, problema da coluna, me fez refletir e começar estudar de novo, e voltei pra igreja, hoje eu dou graças a Deus até pela doença, ter tido esse estalo, e ter voltado, hoje eu sou muito feliz, viu” (entrevista nº14)

“Eu fiquei diferente. Eu sinto uma pessoa, não sei dizer muito bem assim, mas eu me sinto mais gente agora, mais gente, mais compreensivo, e eu garanto que se eu voltar a trabalhar, nunca mais vou trabalhar do jeito que eu trabalhei não, viu” (entrevista nº16)

Assim, o convívio mais freqüente com a família, a capacidade conquistada de dizer não, de reconhecer limites, maiores condições de tolerar obstáculos e sofrimentos, maior consciência corporal, são atribuídos à aprendizagem ensejada pela doença, que por ser estigmatizada, crônica, incapacitante e de pouca divulgação na sociedade, tem ampliadas as suas oportunidades de ser metaforizada, conforme mostrou SONTAG (1989).

“eu era um pessoa muito mais nervosa do que eu sou hoje. Agitada demais, sempre reclamando de tudo, entendeu. Nada pra mim estava bom, e agora no entanto, essa experiência, pra mim ficar com minha filha em casa também tem sido uma terapia pra mim. A paciência que você tem que ter com uma criança. Está me ensinando muito, eu aprendi muito, o que eu aprendi nesses 5 meses aí...” (entrevista nº18)

Estes aspectos não passam despercebidos dos próprios pesquisadores que por vezes também reforçam essa “positividade” do adoecer. É curioso observar que a experiência da enfermidade é interpretada como redentora ou benéfica por várias publicações especializadas:

“Esta pesquisa e a história da LER no país mostram que a doença do trabalho é mobilizadora, funciona como estímulo para ações transformadoras, porque operam mudanças nos trabalhadores acometidos por ela. ... é possível afirmar que no caso dos sujeitos estudados, a doença foi potencializadora da ação para a cidadania” (DIAS, 1995: p. 128)

“Uma das entrevistadas, que participou de um grupo de trabalhadores/as lesionados/as, demonstrou interesse em participar de ações voltadas à prevenção, demonstrando que a consciência adquirida no processo de resgate de sua saúde e cidadania promove a transformação do ser-objeto em ser-sujeito engajado politicamente.” (SANTORUM, 1996: p.111)

Desse modo, a própria comunidade científica parece admitir que há benefícios indiretos na experiência da enfermidade, o que está obviamente alicerçado em representações sociais

mais amplas. Muitos já assinalaram que os cientistas estão obviamente sujeitos aos mesmos processos de construção aos quais se subordina a sociedade em geral.

HERZLICH (apud SEVALHO, 1993: p. 51) mostrou que a doença, por ser um evento que atinge de modo por vezes irreversível a vida humana, ultrapassa a própria medicina, ainda que esteja hoje, de modo inequívoco, em suas mãos. Isto implica em assumir um caminho de duas mãos entre as representações oriundas do senso comum e aquelas que se originam na cultura médica erudita, que Ginzburg denominou apropriadamente de circularidade (apud SEVALHO, op. cit., p. 351).

II.7 A vivência estigmatizadora da enfermidade

A imagem dos atributos conferidos pelas enfermidades enquanto nódoas indelévels, foi trabalhada por GOFFMAN (1982) ao elaborar os conceitos de estigma e identidade social. Curiosamente, a estigmatização dos portadores de LER não pode ser esclarecida pelos mecanismos tradicionais através dos quais se estabelecem depreciações em relações ao *status social* dos indivíduos. Para GOFFMAN, inúmeros estratagemas interagem na identificação social que leva ao estigma. Em geral, utilizam-se recursos visuais de informação social, embora existam outras modalidades de **evidenciabilidade** - “*a gagueira é um defeito muito visível mas, em princípio, porque ele é ouvido e não visto*” (GOFFMAN, 1982 : p. 59 grifos originais).

As LER, que já foram chamadas de afecções invisíveis, não fornecem informações imediatas de sua presença, já que não costumam provocar deformidades físicas importantes. Esta particularidade, entretanto, provoca reações contraditórias entre os portadores. Observam-

se comportamentos que procuram revelar ou distinguir as partes do corpo afetadas, e, em frequência bastante semelhante, observa-se o comportamento oposto, ou seja, o *ocultamento* das dificuldades. Não obstante, os portadores ao serem afastados do trabalho, percebem-se excluídos, transgredindo normas sociais que exigem deles uma produtividade perene:

“a gente parecia que descobrira que estava com AIDS, no limite sabe, parece que era uma descoberta assim - estou aidético, estou falando em AIDS porque é uma doença aí, nesse sentido que segrega, em todos os sentidos da segregação, do contágio, da contaminação, você tá entendendo.” (entrevista nº 3)

“eu estou dentro de casa eu saio para a rua, parece que as pessoas ficam me olhando, parece que está dizendo esse cara não está trabalhando mais, não quer mais, é vagabundo, não sei o quê.” (entrevista nº18)

“depois que eu tive o problema, puxa, quando eu ia no banco tinha que resolver alguma coisa, corria lá, tinha aquele negócio, vinha aquele frio, um medo de ir no banco danado, aquele negócio ruim. Hoje já está melhor, mas ainda tem assim aquela desconfiança, eu quando entro no banco, porque eu sei, parece que está todo mundo tá assim olhando para mim,” (entrevista nº14)

“Há uns meses atrás a minha sogra achava que eu tinha sido mandado embora, que eu tava desempregado, eu não queria falar pra ela, entendeu? Então, onde já se viu, a mulher dele vai pra rua trabalhar e fica sustentando ele...” (entrevista nº 19)

Assim, dos dezenove entrevistados, pelo menos três mencionaram a AIDS, *enfermidade poderosamente metaforizada* (usando uma expressão tributária de SUSAN SONTAG), para esclarecer como se sentem em relação aos demais colegas e familiares. A AIDS, que ocupa atualmente a dianteira entre as representações estigmatizantes, aparece nos depoimentos dos portadores como um contraponto extremo da gravidade de um flagelo físico, mental e existencial. É o ponto máximo da degradação física, e com tal, serve como indicador do grau de comprometimento social provocado pelas LER. CLARO (1995), também identificou essa contraposição em seus estudos com hansenianos:

“Essa doença era maldita, mas agora com a AIDS, esta é que passou a ocupar esse lugar. Eu acho que a doença era malvista porque as pessoas iam apodrecendo em vida, que é o que acontece agora com a AIDS. (E5)” (CLARO, op. cit. : p. 68)

A distinção entre estigma e identidade comprometida, embora encontre amparo teórico, não encontra sustentação nos depoimentos dos portadores. GOFFMAN sugere que a originalmente a expressão refere-se

“a um atributo profundamente depreciativo ...Os gregos que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para referirem-se a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava.” (GOFFMAN, 1982 : p. 13-11)

todavia, entre nós, na atualidade, o estigma, ainda que suponha uma identificação de forte apelo moral, e que confira ao estigmatizado uma condição de exclusão em relação ao grupo social, significa, sobretudo, uma exclusão operada pelo próprio grupo, e não pelo sujeito do estigma. Vale dizer: no processo de estigmatização o grupo realiza uma identificação de atributos negativos e isola aquele que é considerado desviante. Entre os portadores de LER entrevistados, parece haver uma distinção em relação a esse mecanismo, sugerindo que eles próprios exercem sobre si um processo de identificação com o desviante, provavelmente apoiados em referências anteriores:

“eu trabalhei em quatro ou cinco agências, fora os estágios que a gente ia fazer em outras, então sempre tinha casos de LER. Só que aquele que estava com LER, ele era tão marginalizado que... Falavam, olha, esse cara aí, de vez em quando ele enfaixa o braço e sai. Sabe como é que é... E até você ter o problema, você pode até não ficar pisando no cara... mas você, ah, ele tem um problema no braço, ah, então o problema é ele, não é a empresa... Entendeu qual é a diferença?”

Eu aprendi a enxergar que o problema era o funcionário, hoje eu tenho consciência que não...” (entrevista nº12)

A gente tem um tipo, uma qualidade, um nível de cultura do pessoal que se aproveita de todo a situação que você coloca, se aproveita mesmo, principalmente de uma situação como a LER que não existe um diagnóstico. Só no caso avançado que você consegue tirar alguma coisa através de um exame... A pessoa teve aquele problema, às vezes ela teve uma pancada, alguma coisa e alarmaram ela, e ela se aproveitou da situação. Eu sei disso, eu sei, eu não estou falando assim à toa. ... muitos mentem a respeito de seu problema, infelizmente, existem casos..” (entrevista nº 19)

“agora em termos de trabalho, como trabalhadora... dá uma certa... uma coisa assim... não sou mais trabalhadora, sabe? Essa sensação que trabalho é um poder executar... Eu sou uma pessoa jovem, relativamente jovem, e com uma sensação de incapacidade de trabalho...” (entrevista nº 3)

Isto sugere que há normas implícitas, segundo as quais cria-se uma enorme expectativa social com relação ao ritmo e à intensidade da produtividade dos indivíduos, que, no caso das LER, impõe uma exclusão, em virtude da impossibilidade de responder a essas demandas coletivas.

II.8 A gravidade das LER

A gravidade das LER, negada pelos manuais clínicos, é asseverada pelos entrevistados em virtude das restrições impostas pela enfermidade, que transforma o seu futuro profissional e a continuidade da vida pessoal em hipóteses ambíguas. Se, por um lado, a maturação emocional favorecida pela experiência da enfermidade é reconhecida e considerada benéfica, a limitação funcional provocada pelas LER é o ponto crucial do sofrimento oriundo dessas afecções.

A valorização social da capacidade de trabalho, da autonomia e de habilidades motoras íntegras já foi suficientemente apontada por estudiosos brasileiros e estrangeiros⁵⁰. De modo geral, as perfeitas condições físicas e emocionais para o trabalho são encaradas como atributos centrais nas relações sociais e indicativos da própria concepção dominante de saúde que reforça a aptidão para o trabalho..

Com o objetivo de esclarecer *“as relações entre as crenças e práticas referentes à saúde e doença e as condições objetivas da classe trabalhadora, enquanto classe caracterizada pela utilização intensiva do corpo e o dispêndio da força física”*, COSTA (1978: p. 12) realizou um interessante inventário a partir de entrevistas com trabalhadores manuais. O estudo mostrou que há complexas e elaboradas distinções nas representações dos entrevistados sobre as diversas modalidades de trabalho⁵¹, porém é majoritária a percepção de que *“riqueza de pobre é ter saúde e disposição pra trabalhar”* como declarou Francisco, um pedreiro de 35 anos, em sua entrevista naquela investigação. Isto afirma a distância entre as representações médicas e as dos pacientes, nesse aspecto particular. Uma doença que incapacita para o trabalho é vivida como gravíssima pelos trabalhadores. A comunidade médica possui outros parâmetros de avaliação, que priorizam, sobretudo, a continuidade da vida biológica, francamente questionada no depoimento dos portadores:

“a LER acabou comigo” (entrevista n°7)

“Não mata mas é tratada assim como já te expliquei, ela não mata eu sei, pelo menos dizem que não, mas ela já me impede de ficar no serviço e lá vai outro no meu lugar” (entrevista n°15)

⁵⁰ Ver QUEIROZ, 1993 e MINAYO, 1988.

⁵¹ O estudo mostra que os trabalhadores discriminam trabalhos leves, pesados, perigosos, de carteira assinada, etc, exibindo, todavia, uma representação única nas concepções que priorizam a necessidade de plena saúde para a realização de quaisquer dessas atividades.

“desde o momento em que você sente que você tem uma capacidade física tua, que está bloqueada, é grave. Um dedo que você não movimente é grave, não é? Você tem que mudar tudo na tua vida, e para mim é muito grave” (entrevista nº 19)

A dúvida sobre a evolução e a perspectiva de ser substituído no mundo do trabalho aparecem com um significado muito próximo da morte. Se não a morte biológica, a morte simbólica na sociedade, tendo como substrato o produto da exploração no trabalho. Às vezes a afirmação da gravidade vem alicerçada na opinião médica:

“eu sinto que os médicos também estão meio perdidos porque ele me afastou, mas...falou assim, tem que se afastar, isso é grave...” (entrevista nº1)

“dá um desespero assim, muito triste na gente, sabe, uma coisa difícil mesmo essa doença. A gente sente assim como se estivesse morta, quase... sabe, dá um desespero, uma revolta tão grande.” (entrevista nº9)

“transforma a vida da gente em momentos muito difíceis, muito difíceis... isso... é aquela sensação de injustiça, muito forte...” (entrevista nº3)

Outras vezes, no entanto, à semelhança do modelo médico erudito, a inexistência de risco objetivo de vida nas LER é considerada positiva e dada como uma compensação para o sofrimento:

“Eu acho que ela é menos grave, porque ela não põe em risco a vida das pessoas, diabete coloca a vida da pessoa em risco de repente e hipertenso coloca a vida em risco também de repente, então a LER não coloca.” (entrevista nº 18)

“A dor é uma segurança que a gente tem. Você não vai morrer, tá doendo, você... não vai te matar. É uma forma até de corrigir, você procurar achar posições em que doa menos. ... A minha satisfação é sentir que pelo menos por esse motivo eu não vou morrer.” (entrevista nº19)

A evolução da doença é temida pela maioria dos entrevistados. O estadiamento atribuído pela medicina funciona como uma escala de agravamento que é imaginada a partir das deformidades físicas e da paralisia:

“eu tenho uma pessoa que está no grau IV, eu conheço, é terrível. Isso não é bom nem ver, não é bom nem de ver o que é um grau IV...” (entrevista nº 19)

“ainda que no meu caso eu estou bem, perto das outras mulheres lá, tem meninas lá que o braço está até deformado, o daquela mesmo está deformado o braço da menina, você já pensou chegar num estado desse, ficar tomando injeção no pescoço, injeção na cabeça⁵², Deus me livre...” (entrevista nº2)

“a dela acho que já está... ela já está com o braço bem inchado, uns calombão assim...” (entrevista nº7)

Deste modo, a enfermidade adquire gravidade no cotidiano que aparece pleno de incapacidade motora, dor constante e ampliação das regiões corporais atingidas, configurando uma evolução que é vivida com muita incerteza e angústia:

“na situação em que eu me encontro, eu acho que não, porque desde cinco meses que eu estou afastado, eu não consigo pegar um peso... se eu pego essa cadeira e vou empurrar pra lá, eu sinto mal. Tenho que encolher o braço devagar e parar... Até agora eu estou sentindo que não tem esperança de eu voltar a trabalhar e fazer o que eu fazia...” (entrevista nº18)

⁵² Aqui é feita uma referência às terapias de bloqueio anestésico, cujo procedimento inclui a aplicação endovenosa ou intramuscular de fármacos nos plexos neurais acometidos. Essas técnicas são muito utilizadas para os casos mais graves (ver CAIRES et CRUZ FILHO, 1998).

II.9 As limitações funcionais provocadas pelas LER

Os trabalhadores entrevistados são muito cuidadosos ao descrever as limitações provocadas pelas LER. Afinal, acusados de embuste, interessa-lhes demonstrar que essas dificuldades transcendem os aspectos motores e abrangem todas as esferas da vida de cada um, transformando a incapacidade em deficiência. Além daquilo que é encontrado na literatura médica, e que já é usualmente aceito como a redução da capacidade produtiva e a perda de força muscular para tarefas motoras em geral, os portadores enumeram outros limites, que evidenciam detalhes específicos que impõem verdadeiras transformações adaptativas às várias atividades do cotidiano, envolvendo desde os cuidados corporais às tarefas domésticas, o cuidado com os filhos, as relações conjugais, dentre outras:

“agora quando você entra de licença, você se afasta, aí pesa muito a parte emocional, sabe, você sente-se inútil porque, como eu disse, tem o carro sujo, antes você ia lá no sábado, de manhã, você lavava, tá, sei lá, uma coisa na pia, alguma coisa assim, que você fazia, na rotina sua de sua vida, dirigir, hoje eu não dirijo daqui a São Paulo... após o afastamento, você se conscientiza que você é um deficiente, não tem mais a capacidade total.” (entrevista n°17)

“eu comprei uma escova elétrica de dente, porque eu já não conseguia mais escovar dente do jeito que dentista manda, passar creme no corpo depois do banho, eu chamo o meu marido, a empregada passa, porque eu não estou conseguindo, é por exemplo, na hora da comida, na maioria das vezes, eu não consigo cortar carne, bifes, coisas desse gênero, enfim, tem tantos detalhes...” (entrevista n°3)

“Eu criei um método. Por exemplo, tem dia que eu fico dois dias sem lavar louça, não dá, tá ruim.” (entrevista n° 12)

“Na LER, (o pior) é não conseguir fazer as coisas, assim, pegar a minha filha, é não conseguir dirigir, manobrar o carro, então isso para mim é o fim.” (entrevista n°7)

“porque pra nós mulheres, eu estou falando eu como mulher, o cotidiano, ele é muito mais pesado do que... exemplos formais de coisas: colocar um fuseau, que eu não consigo sozinha, está entendendo, sabe fuseau apertado, é amarrar um sapato, às vezes, é colocar

uma bota em época de inverno, como no inverno passado eu não colocava, sabe, bota que precisa puxar, o cotidiano é você pentear o cabelo, sabe, esse cotidiano, meia fina..." (entrevista n° 3)

"mas abotoar a roupa também é um sacrifício. Pra amarrar o sapato, tudo é difícil, mas ultimamente agora eu estou conseguindo com um pouco de dificuldade amarrar o sapato, abotoar aqui, já não tá estorvando, dói, mas consigo trazer o braço. Rapar a barba também consigo agora, e pentear o cabelo, tem dia que eu levanto o braço, sinto dor no braço, tem dia que eu não posso erguer muito o braço, que eu sinto, pentear o cabelo, logo eu solto o braço pra baixo que dói muito, mas, no mais não mudou nada..." (entrevista n°18)

"Aí você enxerga a sua limitação porque eu não tinha consciência quando eu estava digitando que eu tinha limitações assim, eu achava que quando eu parasse de digitar, eu ia voltar. E eu vejo que isso não aconteceu, eu refogo arroz com a mão esquerda, eu pego as coisas com a mão esquerda, em casa eu só tenho essas coisas, eu quebrei tudo, eu quebrei toda a louça, entendeu..." (entrevista n°12)

"Ontem fomos dançar, aí começou a doer o braço, a gente troca o braço porque a gente não aceita, é um fator... você não aceita que não tem mais essa capacidade. Então você insiste, nisso também, então eu ando com a minha mulher, andando na rua, de mão dada, mas tem hora que a gente tem que trocar a mão, a gente faz caminhada, no andar ela dói." (entrevista n°17)

"Se alguém te abraça, que às vezes você encontra um amigo, que faz tempo que não encontra, e tá naquelas crises de dor, se é uma pessoa grande, especialmente, é um amigo grande daqueles que te abraça e você fica menor que ele, e aperta muito o seu braço, é dor, você tem que falar não abraça muito, ... eu dava a mão esquerda pras pessoas porque se alguém apertasse a mão, aqueles que têm um aperto de mão mais firme, eu às vezes chegava a falar "ai, solta a mão", o pessoal dizia "machucou", de tanto que dói..." (entrevista n°4)

Observa-se nos depoimentos uma diferenciação de gênero na vivência das limitações. Essa diferenciação, obviamente determinada pelos diferentes papéis sociais impostos a homens e mulheres, é apresentada na valoração que é dada às habilidades perdidas. São gestos impossíveis de carinho com os filhos, com os parceiros, na vida afetiva e social. Aquelas pessoas que eram o esteio da família, vêem-se agora transformadas em figuras dependentes, difíceis e até desagradáveis:

“estou buscando ajuda, estou procurando, estou fazendo terapia, porque me afeta na minha vida com os meus filhos, nas mínimas coisas. Pra você ter uma idéia, a alça do soutiens me incomoda, então eu to sempre puxando. São detalhes, você dá a mão, uma coisa que te incomoda e te irrita... E durante muito tempo, eu acreditei naquela tese que eu tinha isso porque eu era nervosa, porque eu já não lembrava como é que eu era, mas eu não era assim. Então, aquele negócio que a gente conversou sobre a dor, muda o teu comportamento, e te atrapalhar a ponto, você vê os meus filhos, eles sentem isso. Eu só tomei consciência que eu estava chata com eles de uns tempos pra cá. Depois que eu fiquei em casa, esse último ano, até então acho que eu era chata lá no banco... Em casa, eu só vinha dormir.” (entrevista nº 12)

“Vai num lugar não tá bom, vai no outro não tá bom, sempre com aquela dor, ah, é terrível, nossa senhora.” (entrevista nº2)

“hoje eu sou uma pessoa que eu estouro com uma facilidade incrível, me descontrolo, entendeu, você perde as duas coisas ...porque você vai desembaraçar o cabelo, a minha filha tinha um cabelo comprido, eu cortei. Às vezes, atrasava, de manhã pra ir à escola, eu ficava penteando o cabelo dela, me dava um ataque de nervos, menina, por favor, vamos cortar esse cabelo.” (entrevista nº 12)

“Então, sabe quando você coloca assim, eu não posso perder o meu trabalho, eu não posso perder a minha saúde. Eu olhava pros meus filhos, falava, eles precisam de mim muito, ainda, e de repente você descobre que na verdade, você perdeu as duas coisas, porque você não está mais conseguindo trabalhar e você não tem mais saúde, emocionalmente, você não tem saúde. Olha eu.” (entrevista nº 12)

De abordagem bem mais difícil, de um modo indireto a questão da vida sexual é, também, apresentada. Apenas alguns se dispõem a falar disso abertamente:

“O que mais atrapalha é dormir com esse problema, é você arrumar posição pro teu braço na hora de dormir. Você acorda com o braço formigando, você quase não sente a mão e tem dia que se você não vem tomar um remédio pra tirar um pouco a dor, você não dorme. Todo o dia eu vou pra cama com a minha esposa, eu acompanho ela até ela dormir, aí eu saio e venho pra sala assistir televisão, é o que eu faço.” (entrevista nº19)

“Eu não durmo com a minha mulher (também portadora de LER) faz mais de um ano porque um acorda o outro” (entrevista nº17)

“como mulher você se sente assim, pronto acabou, o parceiro não vai te querer mais sabe, mexe com tudo, menina, além do que até relação sexual fica comprometida, braços, é

uma coisa que é um elemento muito importante do carinho. Você não consegue estar pronta pra um carinho, sabe assim, porque se você vai abraçar, fazer um carinho, você ... está com a dor.” (entrevista n°3)

“minha atividade sexual também tive que mudar alguma coisa porque dói também.” (entrevista n°14)

Assim, as limitações impostas pela dor crônica, associadas à fadiga intensa e aos demais sintomas vasculares, respondem pelas justificativas do isolamento em que vivem alguns dos portadores:

“Agora com o passar do tempo, aí as pessoas começaram a ver que realmente, eles tiveram que presenciar muitas vezes eu com dor e na casa dos meus pais e todos fazendo alguma atividade, e eu incomodado num canto, não queria envolvimento com ninguém, porque eu me isolei demais, exatamente por causa disso mesmo, pelas pessoas duvidarem da doença, então não soube enfrentar isso.” (entrevista n° 15)

“quando você está enfermo... você não sente aquela alegria que você sentia antes, assim, você se acalma por causa da dor porque você sabe que não adianta ficar nervoso, se você fica nervoso, dói mais, então você se torna uma pessoa mais calma, no entanto, você se torna uma pessoa muito triste. Eu me apaguei bastante.” (entrevista n°19)

“eu preciso sair, encontrar pessoas, mas está difícil, de eu achar o meu rumo lá fora, você acredita?” (entrevista n°12)

Uma das entrevistas aponta o problema da auto imagem alterada pelas órteses, comunicando a imagem de deficiente que é deteriorada na sociedade:

“mas em relação a namorado, eu já não sei, eu vou voltar a sair, mas a hora que eu largar a tipóia, aí eu quero sair com uma pessoa normal, mesmo sentindo dor, tenho uma deficiência, eu acho que isso aí, já não me afeta, porque nesse lado eu já tô bem consciente.” (entrevista n°8)

Curiosamente, as talas e tipóias podem também ser usadas no sentido inverso, para a identificação dos portadores. É a opinião de GOFFMAN (op. cit.) que assinala estratégias que transformam o estigmatizado de *desacreditável* em *desacreditado*. No primeiro caso, há evidências imediatas que distinguem o sujeito em relação aos demais. Para os desacreditados, a identificação dependerá de processos mais complexos, e os sujeitos podem considerar benéfica essa maior visibilidade, face aos ganhos secundários que poderão facilitar-lhes outros processos sociais.

O que se observa, todavia, é que há um claro hiato entre as suspeitas levantadas por frações da comunidade científica e as imagens formuladas pelos próprios trabalhadores. Nenhum trabalhador entrevistado manifestou qualquer apreço pelo uso das órteses ou de quaisquer medidas identificadoras de suas condições especiais⁵³. Ao contrário, seus depoimentos trazem inúmeros exemplos de um forte sentimento de vergonha e fracasso pela enfermidade contraída, afetando sua capacidade de trabalhar. Para os homens, o trabalho assume significado hiperdimensionado, medindo sua capacidade de provedor, além dos atributos morais a ele associados:

“Pro homem esse tipo de problema é uma derrota” (entrevista n° 19)

“É justamente por ser homem, ser homem. Então eles acham que você por ser homem não pode ficar doente, não pode ter nada, você é que nem o superman, entendeu. Não, aí você vive mal, não fica legal, fica meio... eu costumo nunca... muito difícil, me abrir, contar, certo, falar... às vezes a gente fica meio chateado, sai, dá uma volta, sempre pensando naquilo ali...” (entrevista n° 15)

⁵³ Um caso emblemático é o passe especial para o uso gratuito dos transportes coletivos. Em virtude da condição de trabalhador afastado para tratamento médico, a Prefeitura de Campinas oferece passes especiais aos portadores de LER. Contudo, muitos são os trabalhadores que se negam a utilizá-los, temendo as suspeitas que a ausência de deformidades aparentes poderiam levantar entre os demais usuários dos coletivos.

“é dizer que você tem LER, você falar pras pessoas que você tem LER, é difícil. Tem amigos meus que de vez em quando a gente sai, vai numa reunião de amigos, alguma coisa assim - puxa, mas você é um tremendo dum sacana, quase um ano você tá parado, sem trabalhar, ganhando sem fazer nada e tá aí saudável, forte...” (entrevista nº 13)

Concluindo, as limitações da função motora representam, talvez em grau maior do que a experiência da dor crônica, a mais significativa limitação assumida pelos portadores de LER. É como se a dor, de caráter estritamente privado, fosse mais contornável por ser íntima e intransferível, e a motricidade, por tratar-se de ferramenta essencial para a vida coletiva, impusesse limites sociais intransponíveis. Em outras palavras, limites estigmatizantes, capazes de excluir, ou, no mínimo, de promover uma auto-representação de exclusão.

II.10 As possibilidades de prevenção das LER

Um dos aspectos mais importantes nas tentativas de explicação sobre os fenômenos mórbidos relaciona-se com a possibilidade de evitar que os mesmos aconteçam. No caso das doenças profissionais, esta preocupação concerne às responsabilidades de empregadores e empregados na prevenção dos eventos, o que resulta em acusações de parte a parte. Curiosamente, embora as representações dos portadores sobre as responsabilidades pelas LER não apontem majoritariamente as empresas, quando se tratou de identificar formas de prevenção, houve unanimidade com relação ao papel dos patrões.

Todos os dezenove entrevistados consideraram que a prevenção teria sido possível. Todos mencionaram medidas de restrição das jornadas de trabalho. Um entrevistado criticou os programas educativos e outro referiu exemplos de empresas que criaram modelos eficazes. A

consciência de um risco evitável pode ser interpretada como um fator agravante no sentimento de traição e infortúnio que apareceu em muitas entrevistas:

“Eu acho, se não tivesse tanta pressão na empresa, se o trabalho...se não tivesse essa ganância, essa coisa por produtividade, porque todos o programas que o banco faz é a produtividade, é a qualidade e tudo pra gente trabalhar mais. Só que tudo bem, eu acho que trabalhar bastante é muito bom, mas eu acho que tem que ter parâmetros, não é ficar lá direto, depois que você trabalha fica doente.” (entrevista nº 7)

“se o pessoal também se conscientizasse de um ajudar o outro, um fazer no ritmo normal e o outro querendo mandar brasa no serviço pra melhorar a firma, então já puxa o ritmo da esteira, então vai lá um dos chefes ou o coringa vai lá, e já aumenta, então a gente tem que trabalhar acelerado, então, se o pessoal primeiramente se conscientizasse disso, que eles estão ali correndo risco como todo mundo, que não é só a gente que pegou a LER primeiro...” (entrevista nº 9)

“Eu acho que...,o repouso, essa pausa na digitação, bom se as pessoas seguissem direitinho a lei, acho que teria como evitar, acho que não estaria desse jeito... É, eu acho que não se tem cuidado, na empresa que eu trabalho não tem a pausa, nem sabia que existia isso de pausa. Agora não sei, mas quando eu estava lá, nunca falaram nada...” (entrevista nº 7)

Algumas entrevistas atestam as tentativas malsucedidas de resolução do problema antes que ele se agravasse:

“depois que a dor foi aumentando, que eu fui reclamando pras pessoas, meu braço tá doendo muito, pedi pro chefe pra trocar de serviço, falei seu Antônio precisa trocar de serviço, não posso ficar aqui nessa operação, eu estou sentindo dor no braço... eles diziam: - não, vou ver isso aí...”

Falei com o Jorge, inclusive... é o que treina as pessoas pra por noutra operação porque não trabalha numa outra operação se não tiver o treinamento... O Jorge falou: eu vou falar com a turma lá em cima pra ver se você treina outra operação...” (entrevista nº 18)

“Eu acho que a principal coisa que deve ser feita é a prevenção da LER, inclusive eu fiz uma carta pro banco, mandei uma carta falando que eles deviam informar melhor, vou até te mostrar depois... que a prevenção, ela evitaria isso tudo, todo esse processo, todo esse tempo, essa coisa toda...” (entrevista nº 5)

Assim, observa-se que as representações ligadas às formas de prevenir as LER relacionam-se sempre ao próprio mundo do trabalho, o que confirma a quase unanimidade das imputações causais apresentadas, além de explicar grande parte das ações judiciais iniciadas pelos portadores, que se vêem prejudicados por atitudes patronais que eles entendem como francamente evitáveis:

“se não tivesse tanta pressão na empresa, se não tivesse essa ganância, essa coisa por produtividade, porque todos os programas que o banco faz é a produtividade, é a qualidade... e tudo pra gente trabalhar mais. Só que tudo bem, eu acho que trabalhar bastante é muito bom, mas eu acho que tem que ter parâmetros, não é ficar lá direto, depois que você trabalha fica doente...” (entrevista nº 1)

Sendo observadas as conseqüências da prevenção ineficaz e do isolamento dos portadores:

“Porque fazer uma palestra para falar, não resolve muito, porque se a pessoa tem o trabalho para fazer e ela tem pressa e uma chefia que pressiona, ela não vai poder fazer muito com isso, e a pessoa quando ela não tem problema também, ela não acredita que ela tem que fazer as coisas com moderação. Então eu acho que é uma conscientização, bem a longo prazo, eu acredito, porque também ..., quando a gente fica afastada, eu acho que a gente fica assim longe da empresa e as pessoas não estão convivendo com o problema, e quando a gente está lá elas não entendem porque você pode fazer uma coisa e não pode fazer outra...” (nº4)

E apresentando exemplos que eles tiraram de informações recebidas nos grupos, das suas peregrinações por sindicatos e advogados ou ainda de suas próprias intuições:

“se existir uma orientação da parte da empresa, do gerenciamento, do departamento médico junto com o encarregado, existe uma forma sim, eu acho que existe uma forma de se controlar e parar com isso.... sanar este problema. É alterar o serviço das pessoas, fazer um sistema rotativo, entendeu? Por exemplo, a pessoa trabalha muito com o braço direito, tenta colocar a pessoa pra trabalhar um pouco com o braço esquerdo. Se a pessoa faz muito o

movimento de subir a mão, tentar fazer a pessoa baixar a mão... Então existe sim, possibilidade...” (entrevista n 19)

“Foi o caso da Ford Eletrônica, eu ouvi falar que era um processo de produção assim... absurdo... que houve 700 casos, no momento que houve esses casos, eles reestruturaram, tiraram a linha de montagem... passaram a produzir com prazer... Inclusive uma vez por mês, parecem que eles rodiziavam as pessoas, que iam até o fim da linha de produção para ter conhecimento do produto pronto...” (entrevista n° 17)

“esteve aqui um americano, na semana passada, nos Estados Unidos ele trabalha com Medicina Social, e ele estava dizendo a questão da epidemia que está lá também, aquela fantasia que eu tenho, que eu tinha... de que as coisas estavam sendo feitas para se evitar, não é real. A imagem que ele passa diz que não é real... Você tinha que reformular a forma de organização do trabalho, sabe, os trabalhadores tinham que direcionar diferentemente as reivindicações, tinha que ser econômico também, mas não só o bolso... então ...essa questão do horário, é um fazedor de doenças esse horário, e varias doenças ..., eu acho problemático porque a pessoa fica seis horas direto com o público... é uma coisa terrível. Além do físico propriamente dito ... se você fizer um acompanhamento dessa mudança de horários com a LER, você vai ver que a estatística é muito coincidente, muito coincidente ... Além de outros fatores, mas isso é um fator importante. Então eu acho que tem jeito de controlar sim, tem jeito de não ficar doente, só que tem que se mexer em muita coisa, para as pessoas não ficarem doentes.” (entrevista n° 3)

Essa consciência de ter sido vítima de um problema evitável comanda tentativas solitárias e, às vezes, desesperadas, de impedir que o mesmo aconteça a outros trabalhadores:

“Eu queria perguntar assim, se vocês tão procurando um..., assim... um jeito de curar, para melhorar o pessoal da LER, para ajudar... que tem muita gente numa situação... Muita gente desesperada mesmo, que não é só eu, eu não penso só por mim, penso pelas outras pessoas também..

Que teve uma amiga nossa que eu conheci há pouco tempo mesmo, quando eu saí, ela entrou. Com 20 dias de serviço ela, no mesmo serviço que eu já trabalhei, no prato giratório, ela pegou a LER também... e ela é desquitada e também está com dificuldade, a firma inclusive mandou ela embora...” (entrevista n° 9)

Resumindo, observa-se grande coerência entre as representações apresentadas pelos portadores com relação à causalidade das LER, quando confrontadas com as formas de

preveni-las. É ao mundo do trabalho que se dirigem as atenções e a desconfiança. É ao mundo do trabalho que são atribuídos os equívocos, e é no mundo do trabalho que se localizam os medos e as mágoas:

“eu fui no banco depositar um dinheiro e um rapaz me parou na porta do banco perguntando se eu queria fazer computação. Eu disse: pelo amor de Deus, nem fale esse nome perto de mim. Aqueles rapazes que param a gente para fazer aquelas entrevistas lá, pra fazer curso de computação, propaganda... Falei pra ele: nem fale de computação perto de mim. Ele falou: por que? Eu comecei a contar pra ele. Ele falou: nossa, você é a segunda pessoa que fala sobre isso. Então, eu peguei pavor, peguei medo....” (entrevista nº 7)

“Eu acho que só tem LER quem realmente trabalha direitinho, trabalha em excesso de horas. Porque tem uns que conseguem enrolar, mas tem outros que não dá... no meu serviço não dava pra enrolar, a pressão era muita. Inclusive eu chegava muito irritada em casa, meu pai reclamava, ai esse serviço pra você não vai dar certo, todo dia você chega nervosa. A pressão era muito grande, inclusive eu tive um problema muito sério do visor (da tela do computador), a parte de baixo dos olhos era todinha roxa, bem roxa mesmo, do visor... Inclusive quando eu me afastei começou a clarear...” (entrevista nº 8)

Cuja tentativa de elaboração está resumida aqui de modo exemplar pelas palavras de um trabalhador durante uma das reuniões de pacientes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, São Paulo:

“LER não é um “acidente de trabalho”, porque é a fábrica que provoca na gente, eles têm que indenizar e não obrigar a fazer reunião” (observ. assist., homem, 36 anos)

Capítulo III. As intervenções médicas e a condição de paciente

*Ouça um bom conselho
Que eu lhe dou de graça
Inútil dormir que a dor não passa*
Chico Buarque

III.1 As hipóteses eruditas relacionadas ao tratamento das LER

Para FRANÇOIS LAPLANTINE, a doença enseja sempre preocupações com argumentos que possam trazer sentido a um fenômeno tão crucial para a vida das pessoas e de cada sociedade:

“Toda sociedade, toda época é obcecada pelo que considera causa por excelência da doença... trata-se do que foi para o Ocidente o álcool, a insalubridade e a subnutrição, os casamentos consangüíneos e hoje em dia (entre outros) o tabaco, o consumo de gorduras, a vida sedentária, o ritmo da vida urbana e, em menor grau, o patrimônio genético.” (LAPLANTINE, 1991.: p. 37)

Assim, os recursos terapêuticos mobilizados para o controle daquilo que é considerado o mal do doente, serão tão estruturados a partir de condicionantes históricos de natureza cultural e econômica, quanto dos meios técnicos disponíveis em cada época.

Longe de pretender esgotar aqui a problemática da intervenção médica, é necessário, entretanto, assinalar que os objetivos desta intervenção, de acordo com a racionalidade científica atual podem ser resumidos da seguinte maneira:

“1- curar, 2- prevenir a recorrência, 3- limitar a deterioração estrutural, 4- prevenir complicação posterior, 5- aliviar os sintomas presentes, 6- permitir o morrer com conforto e dignidade (Sackett apud CASTIEL, 1994: p. 78).

Ora, esse projeto de intervenção, na medicina oficial, será planejado menos em função das possibilidades de eliminação das causas de um mal, mais detidamente em seu controle eventual ou definitivo, bem como a assistência humanitária demandada naqueles casos em que não é possível nenhuma intervenção substantiva.

No caso das LER, um sem-número de providências terapêuticas aparecem de modo secundário na literatura médica, já que a principal preocupação dos textos é, como já foi observado, a questão etiológica.

Não obstante, um conjunto de eixos temáticos pode ser identificado nas terapêuticas preconizadas para as LER nos textos médicos consultados: os causais, os paliativos, os sintomáticos e os de efeito-placebo.

Assim, a consulta às fontes bibliográficas aponta tendências bastante convergentes, e ao mesmo tempo inespecíficas, na terapêuticas propostas para as LER.

No Brasil, os protocolos oficiais determinam a adoção de medidas variadas:

“A conduta terapêutica utilizada para tratamento da LER pode ser conservadora ou cirúrgica, baseando-se nas formas de apresentação clínica. Dentre as conservadoras, temos: repouso, medicação, fisioterapia e terapia ocupacional.” (Norma Técnica sobre LER - INSS/1991)

Isto parece derivar-se de orientações advindas da experiência clínica, majoritariamente frustrante:

“ para a maioria dos pacientes não há uma intervenção médica específica que produza cura instantânea” (SIKORSKI apud ASSUNÇÃO, 1995: p. 195)

“Cada paciente deve ter um tratamento individualizado, que pode variar desde: medicação, cirurgias, medidas físicas, cinesioterapia, terapia ocupacional, órteses, psicologia, condicionamento físico, mudança de função, afastamento do serviço, etc.” (ACTA FISIÁTRICA, 1995: p. 25)

“MILLER & TOPLISS (1988) estabelecem os seguintes princípios para o tratamento (...) - descanso : em vários graus (casa e trabalho)

-medidas ergonômicas

-medicações: utilizadas em todos os casos ...Os pacientes relataram que os analgésicos foram pouco úteis; os hipnóticos ajudaram a dormir, mas não resolveram a dor;

-fisioterapia: ... com duração variável entre uma sessão até dois anos

-terapia psicológica: muitos consideraram útil em termos gerais, mas sem alterar a percepção.” (ASSUNÇÃO, 1995: p. 194)

“Conservative treatment of CTD combines four types of therapies:

1. Restricting motion and splinting

2. Applying heat or cold

3. Medications and injections

4. Special exercise

... If this approach fails, the doctor may try more elaborate treatments such as the use of special drugs or even surgery in extreme cases.” (PUTZ-ANDERSON, 1994: p. 122-3)

O que está em pauta é uma multiplicidade de tratamentos, combinados ou não, que certas vezes são tão conflitantes que chegam a anular-se mutuamente. É o caso das cinesioterapias com carga (exercícios com peso) e da imobilização através de órteses ou gesso.

Um estudo realizado por RIBEIRO (1995) examinou os tratamentos prescritos aos funcionários do BANESPA, portadores de LER. O autor observa que, em geral, as prescrições quimioterápicas estariam adequadas a quadros agudos, lançando dúvidas sobre sua eficácia em quadros que cursam lentamente, face ao altíssimo nível de efeitos colaterais desses fármacos, quando usados por longos períodos de tempo.

“O que fica patente nessa parafernália terapêutica é, ao que parece, sua baixa ou nenhuma eficácia, que não podemos afirmar se se devem à má indicação, uso ou inerente impropriedade.” (RIBEIRO, 1995: p. 29)

A referência à baixa resolutividade dos tratamentos das LER é extremamente freqüente nos textos consultados. Além disso, são usuais os alertas às contraindicações, notadamente em relação às terapêuticas cirúrgicas. Surgem aqui argumentos que expõem de modo muito cristalino as contradições da prática médica atual. De um lado, uma assistência fortemente marcada por tecnologia avançada, visando redução de tempo de recuperação, a despeito de altíssimos custos:

“A cirurgia, quando indicada, só deve ser feita por especialista habituado a tratar de portadores de LER e com o diagnóstico preciso firmado. A grande maioria dos casos tem indicação de tratamento clínico e a indicação equivocada de cirurgia poderá prejudicar muito a evolução, agravando o caso e piorando o prognóstico e reabilitação para retorno ao trabalho.” (DORT/Atualização das Normas Técnicas, 1997: p. 13)

“Como cirurgiões de mão devemos compreender que muitos destes pacientes apresentam sintomas causados por alterações que não podem ser corrigidas ou removidas cirurgicamente (...) Como médicos acostumados que somos a realizar construções de ossos, tendões, nervos e vasos, a realizar transferências de tecidos e reimplantes, agora nosso desafio é tentar compreender e tratar melhor estas patologias. ... (...) Como cirurgiões de mão devemos considerar que, quando o diagnóstico não é claro ou quando o tratamento não surte nenhum efeito, a mente pode estar tendo uma influência maior que o corpo.” (MATTAR et AZZE, 1995: p. 21-2)

De outro, uma tentativa de singularizar cada caso clínico, concedendo espaço e responsabilidade de decisão ao clínico, a partir de informações sobre cada doente e sobre cada processo específico.

Entretanto, o que se observa, com desconcertante freqüência, é a mesma inespecificidade apresentada nas imputações etiológicas, uma espécie de formulação de um

projeto terapêutico pela exclusão, ou ainda, pela composição de um “arsenal” de recursos que faça frente à contraditoriedade das queixas.

No âmbito da medicina do trabalho, entretanto, a ausência de respostas terapêuticas eficientes não chega a representar o centro das preocupações dos textos consultados, já que o grande desafio parece ser o diagnóstico, e por conseguinte, suas eventuais origens, ainda que esse fenômeno possa ser, também, observado em outros campos da medicina.

“Parece que estranhamente, a maior ambição de um médico seja ter dado o seu nome a uma nova doença, não a novos tratamentos ou medidas preventivas.” (BERLINGUER, 1988: p. 25)

Não obstante a freqüente imputação de causalidade psicológica para as LER, um tipo de tratamento aparece com igual freqüência entre as indicações terapêuticas: os procedimentos cirúrgicos. Essas intervenções, em geral sugeridas sem maiores esclarecimentos aos trabalhadores, são responsáveis por muitas das seqüelas irreversíveis que encontramos em portadores de LER.

O modelo cirúrgico, que FRANÇOIS LAPLANTINE (1991) chamou de *aditivo*⁵⁴, possui largo emprego na Ortopedia, especialidade médica muito buscada para o tratamento das LER, e contribui para compor uma representação que enfatiza a otimização da eficácia médica, no caso das LER, muito questionada.

Os procedimentos cirúrgicos são, de modo geral, encarados na perspectiva progressista do cuidado médico, ou seja, estão relacionados à modernização tecnológica e ao avanço do conhecimento científico. Não por acaso, as terapêuticas não-cirúrgicas são denominadas

⁵⁴ O autor mostrou que são necessárias condições sociais adequadas para o surgimento e a manutenção de inovações no arsenal terapêutico. No caso das cirurgias, imagina-se que o doente sofre de um excesso, que precisa ser extirpado: *“a doença é sempre avaliada como uma positividade inimiga”* (LAPLANTINE, 1991, p. 95)

conservadoras, em oposição às intervenções invasivas, representadas não só nas concepções leigas sobre a eficácia técnica da medicina, mas também pela corporação médica, como “avançadas”, “progressistas”.

Para alguns especialistas, a indicação cirúrgica é totalmente improcedente na maioria dos casos de LER, em virtude da sintomatologia difusa e dos diagnósticos freqüentemente imprecisos (RIBEIRO, 1997; MATTAR et AZZE, 1995).

“Com freqüência nos deparamos com pacientes que apresentam múltiplos pontos dolorosos, dentre os quais alguns poderiam ser enquadrados como de tratamento cirúrgico. Nossa experiência com cirurgia nesses casos tem sido de forma geral bastante frustrante, o que a nosso ver se deve ao fato de que existem outros fatores, ainda desconhecidos, que levem à sintomatologia apresentada pelo paciente.” (REZENDE et RIBAK, 1998: p. 287 -grifos nossos)

“Mesmo sendo a indicação cirúrgica extremamente restrita, não temos em nossa experiência um resultado que possa ser considerado bom. Pelo contrário, os resultados são desastrosos, com inúmeros casos de iatrogenia médica.” (SETTIMI et SILVESTRE, 1995: p. 341)

“Qualquer indicação cirúrgica em processo inflamatório miotendíneo, deverá estar respaldada de forma evidente nos achados clínicos, e eventuais exames complementares, sob pena de se dar início a uma verdadeira cascata de cirurgias, culminando muitas vezes com a piora do quadro algico.” (REZENDE et RIBAK, 1998, p. 287)

Não obstante, os sucessos e insucessos das cirurgias são, via de regra, atribuídos, pelos cirurgiões, a fatores externos aos procedimentos cirúrgicos:

“It is our experience that the single most important factor in speed of postoperative recovery is the motivation of the patient; in cases of worker's compensation or pending litigation, recovery will be slow regardless of the program of rehabilitation.” (SZABO et MADISON, 1992: p. 108-grifos nossos)

“Nossa experiência com cirurgia nesses casos tem sido de forma geral bastante frustrante, o que a nosso ver se deve ao fato de que existem outros fatores ainda desconhecidos, que levem à sintomatologia apresentada pelo paciente.” (REZENDE et RIBAK, 1998, p. 287)

“Tratar desses pacientes é, sem dúvida, um desafio. É nossa impressão que os fatores psicossociais têm uma grande influência nas moléstias ocupacionais. Como médicos acostumados que somos a realizar reconstruções de ossos, tendões, nervos e vasos, a realizar transferências de tecidos e reimplantes, agora nosso desafio é tentar compreender e tratar melhor estas patologias.” (AZZE et MATTAR, 1995: p. 22)

Por outro lado, as cirurgias, no casos das LER, mesmo que indevidamente prescritas, funcionam como uma espécie de legitimação da doença. Tanto é verdade que existe uma enfermidade que ela exige, inclusive, uma intervenção cirúrgica⁵⁵. Além disso, já assinalamos que as cirurgias estão relacionadas à superação de algo que se depositou no organismo, de um excesso que se instalou no corpo, tornando-o adoecido ou sem funcionalidade (LAPLANTINE, 1991). Ora, estas representações não aparecem de modo claro nas imputações etiológicas mais comuns, como vimos anteriormente - fadiga, fatores endógenos, aspectos psicológicos- o que nos sugere uma ausência de articulação entre esses e as indicações cirúrgicas, estimadas por RIBEIRO (1995), em um terço dos casos registrados no BANESPA.

III.2 As terapêuticas medicamentosas nas LER

Embora a prescrição de medicamentos seja bastante freqüente aos portadores de LER, observa-se uma certa reserva na avaliação da eficácia desses recursos:

“Medicamentos podem ser úteis em determinadas circunstâncias nos casos de LER, embora poucas vezes ocupem lugar de destaque no esquema terapêutico. As tentativas de minorar os sintomas só com medicamentos, quando não acompanhadas de outras medidas terapêuticas,..., são frustrantes e muitas vezes só levam a efeitos colaterais.” (CAIRES et CRUZ FILHO, 1998: p. 253)

⁵⁵ Este fato ficou demonstrado no processo movido por trabalhadores da Ford Philco Guarulhos (SETTIMI et al., 1989), que só tiveram concedidos os benefícios àqueles que apresentavam cicatrizes cirúrgicas, conforme

Na recente proposta de atualização das Normas Técnicas do INSS, observa-se que “os medicamentos analgésicos e antiinflamatórios são eficazes no combate à dor aguda e inflamação. Isoladamente, não são eficazes no combate à dor crônica (DORT, D.O.U. de 11.07.97 Projeto de Atualização das Normas Técnicas das LER).

Também os autores estrangeiros relativizam o êxito das condutas medicamentosas nas afecções desse grupo:

“Direct injection of steroids into the carpal tunnel may provide relief in up to 80% of patients, but the effect is transitory, with only 22% remaining free of symptoms 18 months after injection.” (SZABO & MADISON, 1992: p. 106)

“The use of nonsteroidal anti-inflammatory medications as part of treatment regimen may be reasonable, but there are no studies that prove their efficacy in cubital tunnel syndrome. Their use is best individualized.” (MCPHERSON et MEALS, 1992: p.118)

Assim, considerados por um grande número de autores como coadjuvantes na terapêutica das LER, são prescritos antiinflamatórios, corticóides, analgésicos, antidepressivos e ansiolíticos (CAIRES et CRUZ FILHO, 1998; PUTZ-ANDERSON, 1994; YENG, 1998). Além desses, RIBEIRO (1995) assinalou a indicação de vitaminas (B1, B6, B2, C e A), de eficácia muito duvidosa, na opinião do autor.

Na maioria dos textos observa-se a associação de medidas fisioterápicas ao esquema medicamentoso, o que pode indicar o reconhecimento de uma complexa interação de fatores na composição do quadro clínico provocado pelas LER.

O reduzido entusiasmo com os recursos quimioterápicos demonstrado pelos autores, na verdade pode representar um indicador de que a enfermidade não se adapta inteiramente ao esquema terapêutico classicamente preconizado pela clínica.

Ainda que ausente dos manuais clínicos, a indicação de terapêuticas alternativas ou holísticas é extensamente mencionada pelos portadores, tendo sido identificadas por RIBEIRO (1995) como preferenciais pelos trabalhadores do BANESPA que compuseram o seu estudo. O seu uso parece consolidar-se numa busca de uma visão mais integral e completa do ser humano, tão dicotomizado entre corpo e mente pelo saber e práticas médicas, cada vez mais fracionadores do organismo humano. Da mesma forma, aquelas “alternativas” atuam, para os consumidores de bens e serviços de cura, como complementares aos agentes e intervenções médicas, conforme já demonstrou o estudo de LOYOLA (1983).

A exemplo dos demais aspectos relacionados às terapêuticas, também observa-se uma divisão entre os médicos que sugerem medidas terapêuticas voltadas à reformulação do ambiente de trabalho, que é identificado como causador das enfermidades, e aqueles que propõem medidas individuais de controle da doença. Entre as condutas centradas no próprio portador, a mais freqüente sugestão é a imobilização e o repouso dos segmentos envolvidos, o que indica um certa inclinação para uma compreensão exógena da causação da enfermidade.

III.3 A experiência como paciente no interior dos sistemas terapêuticos

“Os médicos do Mário Gatti até me mandaram embora, de tanto que eu fui lá...”

(observ. assist. ,mulher, 29 anos)

Se, da parte dos terapeutas, o combate aos males provocados pelas LER é enfrentado de maneira vacilante, com baixa resolutividade, de modo contraditório e, muitas vezes,

francamente experimental, isto se reflete de modo inescapável na experiência dos portadores, no interior dos sistemas terapêuticos. Esta configuração é recortada por uma subordinação que é a um tempo consentida e a outro questionada, ambigüidade esta que procuramos apreender nos depoimentos.

Como ponto de partida deste percurso, assinala-se que as enfermidades contêm um condicionante temporal que define a condição de *estar doente* ou *ser doente*, como mostrou

HERZOG:

“Se do ponto de vista médico, o que caracteriza a transformação de sujeito passível de ser sujeito-da-doença em sujeito-da-doença é a situação de diagnóstico - exames clínicos, laboratoriais e outros -, do ponto de vista do indivíduo esta passagem se verifica a partir da designação médica, de seu veredicto, da tradução do significado de sentir-se mal em categorias médicas: uma cardiopatia, uma nefropatia ... situações que levam o indivíduo a dizer: sou cardíaco, sou renal, sou diabético.” (HERZOG, 1991: p. 151)

O chamado **itinerário terapêutico**⁵⁶ (*career of illness*) refere-se ao modo pelo qual o indivíduo busca cuidados que lhe devolvam as condições anteriores e vem sendo aplicado para estudar as formas de negociação que os indivíduos utilizam em relação ao saber terapêutico.

Na verdade, esta perspectiva de análise privilegia o trânsito dos indivíduos diante da multiplicidade da oferta de agentes de cura. Pode-se, contudo, acrescentar a esta perspectiva que os itinerários terapêuticos, entre as várias modalidades assistenciais e de cura, comportam um conjunto de especialistas relacionados à medicina oficial, cujas intervenções são também moldadas pela maneira como se organiza a produção/oferta dos serviços de saúde em nossa sociedade, mediante a intervenção do Estado. Apenas muito residualmente a medicina liberal é combinada à oferta pública, nessas faixas de consumo de serviços de saúde.

⁵⁶ CF. ALVES, 1991: p. 265

Isto porque, organizado como meio de consumo coletivo em nossa sociedade, o padrão de consumo de bens e serviços de cura molda-se também pelos condicionantes do acesso e seletividade das clientela, impostos pelas diferentes modalidades assistenciais, impedindo a plena liberdade do consumidor no mercado (CANESQUI, 1992). Certamente as relações entre consumidores e serviços de saúde contém pequenas margens de manipulação, escolhas e negociação, conquanto que o *perceber-se enfermo*, e portanto, demandante de cuidados, comporte aspectos de natureza subjetiva ao lado de estarem social e culturalmente condicionados.

No caso das LER, o estar doente constitui, de fato, uma nova classe de cidadania, qual seja, a de cidadão portador de uma doença socialmente difusa, repleta de ambigüidades nas suas relações com o trabalho. Quando submetido ao diagnóstico médico, a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e as guias de afastamento concedidas pelo sistema pericial⁵⁷ propiciam uma nova identidade aos entrevistados: além de serem pacientes, tornam-se também trabalhadores temporária ou definitivamente improdutivos e dependentes do seguro social.

O manejo do diagnóstico médico, de suas prescrições e da busca de auxílio terapêutico e previdenciário estão, portanto, no caso das LER, carregados de conflito e contradições que apontam imensas lacunas e confrontos entre as representações eruditas e as leigas, como podemos observar.

O primeiro aspecto bastante característico nas LER, e que já assinalamos várias vezes, é a constante divergência entre os próprios médicos e demais profissionais de saúde. Transposta

⁵⁷ Observar a exigência brasileira de registro na carteira profissional de todos os afastamentos remunerados do trabalho, com a designação de acidente de trabalho ou enfermidades de outra natureza.

para a relação paciente-terapeuta, essa discordância provoca aflição e desamparo nos entrevistados:

“eu ia em médico, não era nada, mandava fazer exercícios, mandava fazer aquilo, era ATM... fui no dentista e gastei uma nota...(sorri)...não tinha nada...” (entrevista nº 1)

“eu tinha uma dor no cotovelo há anos, começou aquela dor no cotovelo mas foi uma dor que eu não fui atrás, não procurei porque achei que era uma dor esporádica e que ela podia ser alguma coisinha qualquer. Depois, começou a acentuar, subir pelo ombro, por essa parte superior do braço e na consulta anual do médico do banco eu falei para ele, eu tenho uma dor aqui nessa região do ombro e do braço. Ele disse: isso aqui é uma dor nevrálgica. Se o médico diz que é uma dor nevrálgica, eu nem vou procurar ninguém, porque nevrálgia passa.” (entrevista nº5)

“eu procurava um ortopedista, de início não foi nem um ortopedista, foi um clínico geral, ele falou que eu estava muito nervosa, foi na época do meu divórcio, entendeu, foi assim tudo junto. Na época do plano Collor eu estava me divorciando, então eu tinha um com 2 anos, a outra com 6 meses. Então isso pesava, bastante, me deu muito calmante, me deu muito analgésico, foi uns dois anos assim.” (entrevista nº 12)

“a primeira vez que eu fui ao médico mesmo, eu digo eu tenho que saber o que é essa dor. Foi em outubro de 91. Fui no Doutor X, vou num médico bom porque eu tenho que saber o que é isso, cheguei lá e fiz tudo quanto era tipo de exame, de raio x da coluna e não deu nada na coluna.

Você não tem nada, é falta de exercício, vá se exercitar que você vai ficar...não vai mais sentir dor nenhuma. ... e aí depois que fui no Doutor Y, sim, é que ele me diagnosticou que realmente era LER. Ele me diagnosticou que era LER e me afastou imediatamente, e disse: amanhã você não pode mais voltar pro trabalho.” (entrevista nº1)

Assim, a revelação do diagnóstico de LER em geral encerra um longo período de exames e uma trajetória envolvendo inúmeros agentes terapêuticos, na busca de reconhecimento social do *encontrar-se doente* ou *incapacitado* para o trabalho:

“o primeiro médico que eu fui me disse que era uma epicondilite, depois fiquei com ele bastante tempo, ele disse : isso é porque é lesão por esforço repetitivo, porque você é bancária, você vai ter que aprender a conviver com isso.” (entrevista nº 5)

Embora, em algumas situações, o entrevistado só muito lentamente adquira a consciência de suas reais condições clínicas:

“Bom mas até aí eu estou achando que é uma coisa mais simples, não pudesse chegar no ponto que chegou. Mas depois que eu sai de licença, fui afastada, daí eu fui saber, procurar o que era, eu fui ler a respeito, que o médico que me afastou, me deu aquele manual do INSS, aí um mês depois teve aquele seminário lá na UNIMED, eu vi pelo jornal, e eu fui assistir, você estava lá, então aquele dia por exemplo, eu achei um alívio, nossa essa doença existe!” (entrevista nº 5)

“eu me afastei em dezembro, em janeiro eu fiquei pelo INPS, e em janeiro era as minhas férias, eu não queria sair, tanto é que eu falei para o rapaz do departamento pessoal, ele cancelou as minhas férias, nossa, aquilo eu fiquei nervosa. Porque era um dinheiro que ia entrar pra mim a mais, e ia me descansar. Falei não precisa cancelar minhas férias porque eu vou voltar antes. Ele falou: você não volta antes, e eu não sabia. Aí eu fiquei, vai fazer um ano o mês que vem que eu me afastei, no dia 23, e estou até hoje...” (entrevista nº 7)

Essa tomada de consciência, em geral muito penosa, envolve a tentativa de reduzir ou mesmo negar a gravidade do problema e agrava as dificuldades da relação terapêutica:

“A partir do momento que eu fiquei com atestado na mão para eu me afastar, eu demorei quase um mês pra entregar o atestado, e daí eu tive medo. Foi muito difícil. Ele pediu muitos, eu tenho uma pasta desse tamanho de exame, de tudo, de tudo e ele pediu um exame pra determinado médico e nessa época o Dr. Z foi pra Europa num congresso, o outro médico falou vou fazer umas injeções em você, você vai ficar boa...Ele fez cortisona, ele fez 6 infiltrações de cortisona, aí eu engordei 12 Kg. Aí a minha cabeça, eu pirei, quando ele fez as injeções, eu realmente fiquei uns dias sem dor. Aí eu queria voltar mas não podia, porque eu já estava pelo INPS, eu queria voltar... estava sem dor. Aí eu comecei a engordar, aí eu comecei a fazer terapia porque uma coisa que sempre me incomodou era eu ser gorda, eu falava eu não quero ser gorda, eu nunca quero ser gorda, meu Deus não deixa eu ser gorda, sabe essas coisas, então eu fiquei assim inchada.” (entrevista nº 12)

A baixa resolutividade dos tratamentos, bem como uma relação francamente beligerante com alguns médicos insere, pouco a pouco uma desconfiança sobre a competência técnica para controlar o problema.

“Eu estou pedindo pra Deus, porque, assim, a parte científica eu acredito que não tem jeito porque eu tomei 15 injeção, fiz 80 sessões de fisioterapia e eu sinto dor do mesmo jeito...” (entrevista nº 9)

“a minha vida tá no hospital de segunda a sexta. E dentro de um ano, já tentamos de tudo, inclusive o médico falou, eu não vou te enganar, nós perdemos o controle da dor. Então eu vi que ela tá ... pode ser que eu me recupere, volte os movimentos, mas a dor eu não sei, quer dizer a força eu não sei se vai voltar, mas eu já não sei responder. Antes, eu acreditava que eu iria voltar, mas devido a essa melhora, recaída, melhora, recaída, foram muitas, então eu já não sei...” (entrevista nº 8)

Essa desconfiança é acentuada pela experiência negativa com as propostas terapêuticas da medicina oficial, criando, no caso das LER, uma impressionante rejeição dos portadores em relação às prescrições clínicas e cirúrgicas. Em dezenove pacientes, cinco manifestaram uma descrença irrestrita no uso de medicamentos e o mesmo número apresentou um desânimo absoluto com relação aos tratamentos em geral. Dois depoimentos questionaram a prescrição de fisioterapia e outros quatro mencionaram a necessidade de ajuda psicológica para complementar os tratamentos medicamentosos. Todos os depoimentos apontaram dificuldades relacionadas à melhora concreta das queixas:

“Olha, o tratamento eu acho que deve ser por uma pessoa que realmente saiba dar uma orientação pra gente...que nem eu falei pra você anteriormente, a gente vai pro médico e ele fala: você põe gelo, olha, não, o outro fala, não é só quente que você vai por, o outro fala, você põe quente, você põe gelado...então você fica numa sensação que você não sabe o que fazer.” (entrevista nº 11)

“essas operações, até hoje eu falo pras meninas, que fala comigo, falo vocês podem fazer fisioterapia, vocês podem fazer tudo o que for, mas operar, só se for os últimos casos... porque eu tiro por mim mesmo, eu operei eu fiquei pior do que eu estava, se eu tinha dor tudo, mas dava pra mim fazer as coisas, de uma outra forma ou de outra eu fazia, agora depende, ... a minha mão não segura, às vezes eu arrumo cozinha mesmo, cortar uma carne, que a gente tem que apoiar a mão, aí não dá mais, mesmo, descascar uma laranja, uma batatinha que seja, eu pego assim depois aí vai indo, vai indo a mão fica um peso, sabe, essa dor que eu sinto ela vai pesando, parece que tá puxando uma coisa pra trás...” (entrevista nº 6)

As técnicas cirúrgicas têm um destaque especial no conjunto de procedimentos que encontra alta rejeição entre os entrevistados. Dos dezenove portadores, quatro haviam se submetido a cirurgias. Desses, apenas um obteve a remissão dos sintomas, embora o entrevistado não atribua à cirurgia, exclusivamente, esse fato:

“Eu fiz a primeira cirurgia, não me foi indicado a fisioterapia, foi só exercícios que o próprio ortopedista deu e demorou 6 meses o tal do cisto voltou, a dor voltou normalmente, e até um pouco pior porque eu estava sensibilizada, a musculatura tinha dado uma atrofiada. Foi quando eu fiz a segunda cirurgia, foi onde eu procurei esse ortopedista que tá me acompanhando até hoje. E logo após a cirurgia, ainda estava de licença médica, não tinha dado os 15 dias, eu já comecei fisioterapia. Eu fiz 30, 40 sessões de fisioterapia, eu não sinto mais nada. Eu sei que se um dia eu voltar, porque eu estou voltando a trabalhar muito no computador, a saída é a fisioterapia.” (entrevista nº 10)

Não obstante a explícita descrença na cura integral, os entrevistados manifestam a intenção de continuar seguindo orientações técnicas, inclusive a partir de progressos científicos que eles localizam em pesquisas semelhantes a esta em que eles estão sendo entrevistados, mesmo que os riscos dessas tentativas sejam sempre avaliados e que haja um certo temor de manipulações irresponsáveis:

“Eu queria perguntar assim, se vocês tão procurando um..., assim um jeito de curar, para melhorar o pessoal da LER, para ajudar... que tem muita gente numa situação... muita gente desesperada mesmo” (entrevista nº 9)

“Tem muitas coisas que você quer saber e você não consegue, né? O por quê disso? O que seria bom pra gente tentar? vamos fazer. Porque na realidade, a gente é cobaia, né? Porque eu me senti assim na última vez que eu fui... no laboratório, faz uma coisa, ah, isso não deu certo, ah, então a gente vai tentar outra. Quer dizer, pra gente é ruim, afinal de contas sou eu que estou levando choque, sou eu que estou fazendo isso. É ruim. Eu acho que deveria estudar um pouco mais sobre isso e tentar achar uma cura pra essa doença. E pra gente... Nossa Senhora, seria muito bom...” (entrevista nº 11)

A decisão de seguir os conselhos dos técnicos, mesmo após tantas decepções, provavelmente apoia-se no prestígio atual da medicina, que está amparada por um arsenal tecnológico de enorme apelo, conforme observa HERZOG:

“Sem dúvida, o caráter científico de uma asserção goza, na atualidade, de grande força, parecendo sobrepujar outras perspectivas. O paciente compartilha de uma “crença” com os doutores, que exigem simplesmente a obediência aos seus preceitos. Dificilmente algo se compara ao poder da “verdade” científica - é mágica.” (HERZOG, 1991: p. 151, grifos originais)

Assim, embora com resultados pouco encorajadores, o tratamento das LER é prioritariamente buscado no interior dos projetos “científicos” aos quais submetem-se os entrevistados, ora hesitantes, ora crentes nas possibilidades de sua eficácia, ao menos temporariamente :

“O tratamento ele deve ser conforme os médicos põem, porque por exemplo, eu faço fisioterapia, sigo à reta, eu faço a T.O., eu faço tudo que eles mandam, por exemplo, se os médicos me mandam por a tipóia, eu uso a tipóia. Se eles mandam eu chegar em casa, oh, faz exercício a cada uma hora, você tira a tipóia, faz os exercícios, eu faço esse exercício, só que eu não sei o que tem acontecido que nada disso tem dado certo pra mim, até no começo eu estava bem positiva, agora já estou caindo mais na realidade...(entrevista nº 8)

Contudo, a ineficácia dos tratamentos convencionais enseja também uma *via crucis* por tratamentos alternativos e outras modalidades de ajuda terapêutica. Assim como não tendem a apresentar imputações causais de natureza sobrenatural, os portadores delas desconfiam, embora , por vezes as procurem como recursos terapêuticos, de forma bastante pragmática, aparentemente sem aderir aos respectivos sistemas de crenças religiosas ou de ajudas⁵⁸:

“Não, do ponto de vista religioso, eu tenho a minha maneira de encarar. Do ponto de vista religioso, não. Eu já benzi muito os meus filhos, não vou falar que eu não acredito, eu acredito na medida que eu já pedi pra benzer, mas eu acho que essas coisas só funcionam com crianças, os anjinhos... crianças.” (entrevista nº 12)

“(minha mulher) perguntou (no Centro) se era uma doença de carma, não sei se você conhece um pouco de filosofia espírita, que acho que não é religião é filosofia, é quando é uma doença que você tem que passar porque estava programado no seu carma... então você não vai ter como se livrar, aí ela (a entidade) disse pra ela que não ...” (entrevista nº 17)

“eu não acredito em nada que uma pessoa passe um raminho no seu braço, faz o nome do pai, eu não acredito. Sinceramente, sinto muito.” (entrevista nº19)

“eu não acredito e quando você sabe o mínimo da doença... entende, entre aspas, racionalmente, a doença... você sabe que a coisas não são por aí. E eu não acredito, enfim... Por exemplo: tem uma amiga minha que tem LER e que foi fazer aquela cirurgia espiritual, em Leme, você já ouviu falar? Não? É famosa... e ela fez, e no primeiro momento ela ligou falando, é fantástica, é ótima, vai... Eu liguei, eu lembro muito bem que eu liguei em novembro do ano passado, é uma coisa assim, disputadíssima ... você não paga nada, quer dizer, não há um comércio na coisa, e só que aí, eu fui desistindo da idéia, cheguei até a marcar, deixei marcado, fui desistindo da idéia... tal, aí ela me ligou e disse assim: ai, voltou tudo, a dor voltou, só que eles disseram que voltou porque tinha que ter sido feito mais de uma vez, e tal ... aí eu falei: quer saber? Eu não vou, já não estava muito confiante...” (entrevista nº 3)

“porque isso aí já não é uma coisa espiritual, é uma coisa material, é uma coisa que é uma doença, uma coisa que machucou por dentro, eu acho que nunca vai resolver isso, ajuda assim, a sua cabeça, você sai de lá muito aliviada, porque a LER deixa você muito nervosa, você fica, sei lá, sua cabeça vira, dá um vira volta, então eu acho que nessa parte ajuda assim, você aceita, tudo, mais assim a dor, essas coisas, eu acho que não resolve nada.” (entrevista nº 7)

“eu não sou muito ligada a isso não, eu tenho assim, uma coisa comigo, eu creio em Deus, se eu creio em Deus, nada mais pode me pegar, só que eu não sou muito de ir na igreja, porque eu acho que às vezes, mais vale uma oração dentro de casa bem feita do que você ir na igreja, escutar coisas que você não quer escutar... Eu sou uma pessoa assim, mais espiritual... mas dentro de mim. Então eu tiro essa força de dentro de mim, é na força que eu acredito. Eu sei que existe um Deus, não faço imaginação do jeito que ele é, que cor que ele é, mas que ele é ... tipo se fosse um mestre pra mim... Uma fortaleza onde eu pudesse me apoiar, é assim que eu tiro essa força que talvez até me ajuda a suportar... mas eu nunca fui assim em

⁵⁸ Esta postura coincide com a ausência de imputações causais de natureza sobrenatural entre os entrevistados, já mencionada anteriormente.

outras religiões, nunca procurei um benzedor, dizem aí que benzedor vai me curar, isso não.”
(entrevista n° 8)

Por outro lado, a imagem de uma vida insatisfatória, com um ritmo acelerado, poucos cuidados de saúde e trabalho excessivo, enseja a procura por métodos “naturais” e alternativos que funcionam complementarmente ao tratamento. A descrença nos medicamentos e nas cirurgias é percentualmente comparável à adoção da homeopatia, da acupuntura, do RPG (Reeducação Postural Global), além da medicina caseira através de banhos com ervas e linimentos populares:

“tentei uma série de coisas com ervas, e não sei o quê. Melhorou, sempre melhorava em termos de dor mas não, o problema não tinha sido resolvido.

Você passava ervas?

Fazia uma espécie de uma pasta. E ficava, fazia um tratamentinho, colocava a erva e ficava um tempo, fazia isso uma vez por dia.” (entrevista n° 10)

“exercícios, assim como relaxamento, alguma coisa assim que eu acho que funciona, acho que fora dos tratamentos convencionais, eu acho que é o que tem dado mais resultado pras pessoas.

O que eu percebi comigo, é que as pessoas que estão tratando com tratamentos alternativos, elas estão preocupadas assim com a pessoa como um todo e não com a coisa em si.” (entrevista n° 4)

Pelo menos cinco entrevistados mencionaram produtos de origem animal que seriam indicados para as dores musculares:

“eu não sei se você já ouviu falar, no sebo de carneiro, você já ouviu falar?

Tenho ouvido muito.

Já? Pois eu estou passando... à noite eu passo pra dormir, e deu uma melhoradinha. É, esquenta e passa” (entrevista n° 14)

“ inclusive a gente ganhou de uma colega da gente, sebo de carneiro, e a gente quando tá com muita dor, a gente passa e é muito bom, pelo menos no outro dia a gente amanhece sem dor. Ela trouxe do Acre. ...fica tudo pelotinho de sebo.

Ele não esquenta não. Fica frio. Ele tem cheiro ruim, (risos), cheira animal, é o cheiro do carneiro...” (entrevista n°17)

O que se observa, é que a procura por alívio autoriza qualquer tentativa, por mais insana e absurda que esta possa parecer aos próprios portadores:

“porque eu sou do tipo assim, se falarem pra mim ... desculpe a expressão, passar merda aqui resolve, eu estou passando. Tudo quanto é coisa que me ensinaram a passar... banha de capivara...” (entrevista n° 7)

“Enrolo o braço, passo pomada de veneno de abelha, faço gelo, vou na acupuntura, só não tomo remédio. Ah, também assim, eu falo que a única coisa que eu não fui é em Centro Espírita e pra benzer, mas o resto eu já fiz quase tudo...” (entrevista n°3)

Embora não consigam explicar as razões para a crença nesses produtos, o conhecimento popular de natureza fitoterápica aparece como um argumento essencial:

“... é bem mesmo a raiz nordestina, o caboclo, ele diz que ajuda a recompor a carne, ele fala assim, e a gente faz.” (entrevista n° 14)

“Procurei a homeopatia, homeopatia entre aspas tá, é a tal dá, como é que é... que a gente fala, o povão vai... Eu tenho minha mãe que é extremamente ligada em ervas...” (entrevista n° 10)

Além disso, assinala-se a necessidade de *harmonizar* o psiquismo para alcançar efeitos nas terapias:

“Os tratamentos convencionais, eles tratam da coisa em si, e parece que não é só isso . Mesmo porque, quando a gente está com o problema, eu acho que o todo fica desequilibrado, psicologicamente, emocionalmente, assim tudo... e acho que os outros médicos eles não vêem isso.” (entrevista n°4)

“eu acredito no que é psicológico, tudo que é psicológico, tudo que vem de dentro da cabeça da gente, entendeu. Eu acredito que ... o que a gente pensa, tenta fazer, que a gente

consegue. Eu já mentalizei o que eu quero, tenho certeza que eu vou conseguir, tenho certeza que eu vou resolver o meu problema, absoluta.” (entrevista nº 19)

É interessante resgatar aqui a imagem do enfraquecimento físico e moral que havia aparecido entre as imputações causais⁵⁹. A força psíquica necessária à recuperação parece representar uma resposta à debilidade de um corpo vencido pelas condições adversas de trabalho. Vale dizer que a mobilização da vontade aparece como força motriz para enfrentar as adversidades e o sofrimento.

Ademais, encontramos também representações que mencionavam o que poderíamos considerar uma *predisposição negativa*. Ou seja, uma fragilidade constitucional física mais acentuada, predispondo ao aparecimento das enfermidades. Novamente as categorias forte/fraco ordenam as formas de pensar o corpo e seus estados:

“Eu acredito que pode ser também, vem da pessoa ... Um são mais fortes, outras não. Talvez eu não seja tão forte como eu penso. Eu acredito que pode ser o estado físico da pessoa. Talvez seja isso.” (entrevista nº 11)

“uma época assim eu fiquei pensando sabe, porque a gente trabalha, não todas, porque tem moças aí que têm o problema, não vou falar que não têm, e não trabalha tanto como a gente, então eu fico meia em dúvida. Será porque eu fiz muita coisa antes, que agora o braço tá assim? Que o osso tá fraco, será que tem alguma vitamina pros ossos que a gente não tá tomando, alguma vitamina pros músculos...” (entrevista nº 6)

“eu acho que varia de pessoa pra pessoa, eu acho que varia de organismo, e tem pessoa que o organismo eu acho que tem mais resistência, e outros já não têm, que no meu caso mesmo acho que meu organismo é muito forte, porque aturar sete anos no mesmo serviço pra vir de uns 8 meses pra cá me atacar essa doença eu acho que meu organismo é muito forte...” (entrevista nº 18)

Daí a necessidade de um tratamento que “fortaleça”, que desenvolva uma resistência aos ataques ao equilíbrio corporal. Isto implica também no desenvolvimento de um novo “projeto de vida”: espera-se um vida mais saudável, mais equilibrada, menos corrida. São concepções que aparecem claramente nas propostas relacionadas ao futuro, como veremos adiante.

III.4 A vida depois das LER

O poeta Manuel Bandeira, acometido aos dezoito anos por uma tuberculose, descreveu em *Antologia* (1965), com a sensibilidade que se tornou marca de sua poesia, o luto pela perda imposta pela doença:

*“Na vida inteira que podia ter sido e que não foi”*⁶⁰

O impacto de uma enfermidade sobre os projetos e esperanças dos sujeitos acometidos dependerá da gravidade da experiência vivida e das seqüelas deixadas. As LER, que acometem sujeitos jovens e em plena fase produtiva da vida, ensejam sentimentos de pesar e incerteza com relação ao futuro. A parte mais difícil das entrevistas era aquela que solicitava dos portadores as suas expectativas sobre o que ainda há de vir, sobre o restante de suas vidas depois do advento das LER.

Marc Augé denomina de *formas elementares do acontecimento* ao conjunto de ocorrências ritualizadas que de forma simbólica ordenam a vida dos indivíduos. Conferindo

⁵⁹ As representações eruditas também mencionam a fragilidade da musculatura, conforme se assinalou no capítulo I.

⁶⁰ MANUEL BANDEIRA, *Estrela da vida inteira - poesias reunidas*, Editora José Olímpio, 1973.

significados simbólicos ao nascimento, à morte e à doença, os ritos permitem a elaboração das situações de crise, que face à sua magnitude, podem alterar o curso da vida. (AUGÉ apud VASCONCELLOS et al., 1995))

Desse modo, a doença possui recursos capazes de recolocar projetos e refuncionalizar expectativas, na medida em que empresta um novo significado à experiência de cada um, como está expresso no depoimento da única portadora que se considera curada (apenas dois entrevistados haviam voltado ao trabalho):

“Olha eu aprendi muito, eu bati muito a cabeça, eu amadureci muito com esses problemas, principalmente profissionalmente, ai bate um pouco com a maneira de ser, antes tudo vinde a mim e acabou, hoje eu faço valer um pouco a minha vontade, já por ter tido essa experiência, com relação ao problema em si, eu mudei, eu amadureci. Dependendo do grau dessa doença, ela mexe muito com o psicológico nosso, mexe sim. Muda, faz a gente mudar...” (entrevista nº 10)

Vale assinalar que, conhecendo a experiência da remissão dos sintomas, a entrevistada expressa um sentimento favorável às transformações vividas, na direção de uma vida mais saudável e que coincide com a reintegração ao trabalho, como indicador de cura:

“É lógico que depois das 2 cirurgias, eu diminui muito o meu ritmo de trabalho repetitivo. Eu passo muito tempo no computador, mas agora é mais espaçado, eu estou me cuidando.” (entrevista nº 10)

Não obstante, as demais entrevistas exibem idealizações contraditórias sobre o futuro, que, a despeito de apresentarem ponderações positivas sobre a adoção de uma vida mais saudável e harmoniosa, também sugerem a desesperança e a incerteza, notadamente nos homens, que assinalam uma clara desconfiança com relação à possibilidade de garantia do emprego:

“a reclamação de todos é a mesma: que chega um ponto, não passa dali não, só aquilo mesmo, você tem que administrar aquela limitação que a gente tem, não forçar de jeito nenhum, e é ir convivendo...” (entrevista nº 14)

“O que me incomoda é que ... de não poder mais trabalhar mas igual eu trabalhava antes ... Por exemplo, hoje eu estou com 41, 42 anos e eu não posso fazer um serviço mais que eu fazia quando eu tinha uns 30, 30 e poucos.” (entrevista nº 16)

“Eu fico naquela, não posso responder agora o que vai acontecer porque a gente fica em dúvida, podem acontecer coisas boas e podem acontecer coisas ruins também... As coisas boas que eu pensava de acontecer por exemplo, que a gente tivesse estabilidade no trabalho, que continuasse trabalhando, mesmo que tivesse sentindo, mas continuasse empregado ... E isso aí, pelo que eu vi, não vai acontecer...” (entrevista nº 18)

“Por outro lado, você não sabe o que vem pela frente, aí fica mais tenso, porque se você é uma pessoa normal e tem toda a capacidade física, você está na rua amanhã, você vai ser lixeiro, qualquer coisa...” (entrevista nº 17)

“eu ainda não consegui achar uma solução, eu estudei... agora estou cada vez mais caindo em mim que eu vou ter que sair da empresa ... porque eu não vou ser mais útil pra empresa, e provavelmente ela também não vai ser útil pra mim.” (entrevista nº 13)

As mulheres⁶¹ parecem apresentar uma visão ainda mais sombria do futuro:

“é você ver que você tem um limite, que você tá limitada, você não é mais a mesma coisa, apesar de não estar digitando, não estar dentro do banco, é isso o mais difícil. E diariamente, eu sou lembrada desse limite, quando eu vou esticar um lençol da cama, entendeu, quando eu vou fazer qualquer coisa, eu me lembro que eu... isso é difícil... (chorando) (entrevista nº 12)

“Eu acho que seria possível um reaproveitamento muito grande de funcionários antes de chegar no ponto que eu cheguei, porque eu já tenho consciência que eu não consigo voltar, então, às vezes quando eu penso em alta, eu penso e aí, como é que vai ser ? ... Eu tenho muito medo de voltar, muito medo porque somos cartas marcadas” (entrevista nº 12)

“Agora eu fui num médico de estômago, é um médico muito bom, que está tratando do meu estômago, que eu tive problema de úlcera nervosa, aí ele disse pra mim que isso daqui cura sim, que o máximo que a gente pode pegar essa tendinite é duas vezes só, e sair daquela função.”

⁶¹ Em termos do estadiamento da doença, as mulheres entrevistadas apresentavam quadros mais graves da enfermidade, o que pode ter influenciado nas representações apresentadas em relação ao futuro e a eventuais melhoras clínicas.

Ele falou para mim que isso cura sim, foi o único que me deu esperança, que quando eu escutei isso dele eu me senti melhor até, sabe, eu falei: graças a Deus pelo menos alguém falou alguma coisa, porque tem gente que chega na cara da gente assim e fala: isso aí não tem cura, se pegou agora você pode se aposentar que não tem cura mais. Eu não quero me aposentar tão nova assim.

Não quero depender do INPS, quero trabalhar mesmo, eu quero ter a minha saúde de volta. Eu não aceito essa doença, não vou aceitar nunca.” (entrevista nº 9)

“Então não sei, eu acho que a qualquer momento, a tendência da LER é sempre piorar, esse é o meu ponto de vista...que eu estou passando há um ano.

Nunca melhorou, sempre piorou.” (entrevista nº 7)

“Ah, eu acho pelo que eu estou vendo aí o pessoal, que tá fazendo, eu vou na reunião na terapia (terapia ocupacional), nossa, cada um fala uns nome esquisito lá do que tá fazendo, que não tá adiantando, eu falo, ah meu Deus, isso aqui não tem cura. Tem meninas que já tá desacorçoadas, que não tem cura.” (entrevista nº 2)

“Olha, pra falar a verdade eu não tenho esperança de ficar sem essa dor.” (entrevista nº 1)

“Isso é que eu penso quando o médico fala nas reuniões, por exemplo, vocês não vão poder voltar mais para as atividades de vocês, vocês não podem digitar, nem escrever à máquina, e não podem escrever muito, aí eu pergunto pra ele, o que a gente vai fazer na vida?” (entrevista nº 4)

Desta feita, a experiência da enfermidade e as limitações funcionais referidas pelos entrevistados parecem criar um terreno fértil a um futuro imaginado como sombrio e carregado de incertezas. Trata-se de uma identidade reestruturada (ou desestruturada) pela doença, num cenário global de inquietação e de dúvida, em virtude das dificuldades mais gerais do mercado de trabalho. Isto enseja a busca de direitos e benefícios previdenciários, mas também exige a localização de responsabilidades e de compensações que possam trazer algum sentido à reviravolta que a doença provocou em suas vidas. Voltando a BANDEIRA (1965): *a vida inteira que poderia ter sido e que não foi...*

III.5 Os impactos sobre o futuro

Há várias análises que dão conta do impacto de uma enfermidade grave⁶² nas representações que o indivíduo possui sobre o seu próprio futuro. Abordando a problemática da insuficiência renal crônica, BORGES (1995) aponta a *construção de uma identidade situacional de doente*, na qual serão mobilizadas representações sobre o conjunto de papéis a serem desempenhados na doença e a partir dela. As LER, que não significam um confronto com a morte, como a insuficiência renal, não ensejam aos portadores um sentimento de sobrevivência a uma ameaça fatal. Porém, na medida em que se constituem em enfermidades crônicas e incapacitantes para o trabalho, reduzem expectativas de crescimento profissional e realização financeira, mobilizando fortes imagens de impotência e insegurança quanto ao futuro.

Assim, é uma nova condição de cidadania⁶³ e parentesco o que emerge da identidade situacional dos portadores de LER, na qual a derrota e o negativismo aparecem com frequência nos depoimentos que, neste item, estavam sempre carregados de muita emoção e revolta. A cura e o retorno à condição de normalidade anterior à doença são claramente apresentadas de modo improvável:

“Olha, pra falar a verdade, eu não tenho esperança de ficar sem essa dor.” (entrevista n° 1)

“Não, hoje eu não tenho mais esperança de cura total não. De jeito nenhum. Ah ... esperança eu sempre tenho, aquele fiozinho, mas não muita não, esse tempo todo tratando, e

⁶² Conforme já foi assinalado, embora não constituam ameaças à continuidade da vida, as LER são vivenciadas como ameaçadoras da qualidade da vida, sobretudo a vida laboral, o que significa uma grave agressão aos trabalhadores entrevistados.

⁶³ A esse respeito, é interessante a análise apresentada por DIAS (1995) em sua dissertação de mestrado.

eu acho que já recorri aos tratamentos possíveis que eu acreditava... E chega naquele nível, não passa daquilo, acho que não ..., só se surgir outra coisa pro futuro, sei lá, vacinas...que estão divulgando por aí que eu não acredito também, mas eu não tenho muita esperança não.” (entrevista n° 14)

“O que a gente espera é que um dia cesse toda a dor, que a gente seja uma pessoa normal. Mas estamos conscientes que isso não vai acontecer. Eu acho que vai diminuir, mas não vai sumir nunca.” (entrevista n° 17)

III.6 As possibilidades de retorno ao trabalho depois das LER

A legislação previdenciária brasileira assegura ao trabalhador afastado, em gozo de BI (Benefício por Incapacidade) o direito de ser atendido pela Reabilitação Profissional do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), na busca de *função compatível com sua capacidade laborativa residual, garantindo a sua auto-suficiência financeira* (RAMALHO et RANGEL, 1998, p.343). Não obstante, a experiência brasileira de reabilitação dos segurados portadores de LER aponta dificuldades bastante severas e resultados desanimadores:

“O acometimento dos membros superiores pelas doenças dificulta em muito a reabilitação profissional dos lesados, uma vez que dificilmente se encontrarão atividades que dispensem o uso dos mesmos, o que provoca uma desmotivação dos técnicos e do próprio reabilitando, quando do estudo e da definição de sua futura ocupação profissional.” (RAMALHO et RANGEL, 1998, p. 346)

Ademais, a conjuntura macroeconômica vem dificultando até mesmo a inserção profissional daqueles que não apresentam quaisquer dificuldades ou limitações laborais. Nesse cenário, as possibilidades profissionais são referidas pelos entrevistados de um modo bastante sombrio:

“eu sou uma pessoa jovem, relativamente jovem, e com uma sensação de capacidade de trabalho... e qualquer tipo de trabalho que você tinha em si, envolve braço, então envolve

mesmo o mínimo, envolve o esforço, escrever, enfim, e dentro do banco eu não tenho perspectiva nenhuma, nem eles têm ... Eles só jogam com a questão de que essas pessoas serão demitidas e serão colocadas aí no mercado de trabalho sem nenhum tipo de possibilidade. Esse é o terror, o terrorismo que se faz dentro do banco...” (entrevista nº 3)

“no CRP⁶⁴ eles falam que nós vamos aprender a trabalhar da maneira correta pra não ter dor, pra poder fazer as coisas normalmente. Só que eles também, por enquanto, não têm previsão de quando isso vai acontecer pra ter o atendimento individualizado... Mas de maneira geral eu ouço isso das pessoas também, quando eu vou no trabalho, mas você não pode datilografar e não pode escrever... você vai fazer o quê? Não sei ...” (entrevista nº 4)

São, como se vê, questionadas as reais possibilidades de mudança de função profissional para atividades que possam preservar os membros superiores, num universo cada vez mais automatizado e que exige qualificação:

“Eu acho que seria possível um reaproveitamento muito grande de funcionários antes de chegar no ponto que eu cheguei, porque eu já tenho consciência que eu não consigo voltar. Então, às vezes, quando eu penso em alta, eu penso: e aí, como é que vai ser ?” (entrevista nº 12)

“eu ainda não consegui achar uma solução, eu estudei... fiz tudo que eu tinha pra tentar crescer profissionalmente dentro da empresa, que eu queria ficar ali dentro, tinha interesse... agora, de repente eu estou cada vez mais caindo em mim que eu vou ter de sair da empresa, porque lá, só se eles me colocarem pra entregar papelzinho ... eu não vou mais ser útil pra empresa e provavelmente ela também não vai ser útil pra mim...” (entrevista nº 13)

Neste sentido, a viabilidade de um trabalho isento de desgaste é desacreditada, sobretudo considerando-se as seqüelas anteriores, que apontariam, na opinião dos entrevistados, para uma debilidade crônica e, sobretudo, definitiva:

“Não, eu não acredito que o que eu fazia eu possa voltar a fazer. Não, porque é uma lesão. É uma lesão e como todo problema, como tudo que quebra ... muitas coisas existe concerto.... O motor de um carro quebra, você tem duas opções, ou você compra um motor na caixa e coloca lá, ou você faz a retífica do motor, mas aquilo ali vai novamente dar problema e talvez, muito mais rápido do que o motor novo. Então você pode fazer cirurgia, mas já tendo consciência de que se voltar fazendo a mesma coisa, aquilo vai voltar e talvez muito mais

⁶⁴ Centro de Reabilitação Profissional do INSS, para onde são enviados os portadores, para mudança de função, antes do retorno ao trabalho

rápido do que você tivesse bom. Então eu não tenho expectativa de voltar a fazer o que eu fazia, eu já estou pensando em arrumar outra coisa que possa ter essa capacidade.” (entrevista n° 19)

O que acaba justificando ações judiciais e outros expedientes previdenciários, a despeito de infundáveis polêmicas:

“Eu acho que a gente tem grande parte da culpa, sim. Ah... não vou dizer que se eu sair do banco, não vou entrar com uma ação... eu vou entrar sem dúvida, se me mandarem embora, logicamente eu vou entrar com uma ação, não vou deixar...” (entrevista n° 17)

“a firma alega que eu não sou digitadora, isso foi o que mais me revoltou. Foi a primeira audiência que a gente teve e eles disseram que não, eu nunca digitei, que eu não sou digitadora. Porque na carteira eu fui registrada como auxiliar administrativa” (entrevista n°8)

O que se observa, portanto, é a combinação de um sentimento de traição, de ter sido vítima de uma negligência ou de um conluio perverso entre o governo e os empresários, e um certo fatalismo que admite uma ação de algo como o destino na ocorrência da enfermidade:

“Eu tive problema porque quando eu me afastei, lá no INPS não me disseram que a minha doença era profissional, mesmo vendo que já era LER, tendinite e já vendo que eu trabalhava com computador, e ninguém me falou... Então eu me afastei como auxílio doença, aí depois, passando pela perícia foi que uma médica falou assim, mas o teu é de digitação, não é? Eu falei sim, ela falou o seu é acidente de trabalho, foi aí que ela me orientou sobre o CAT...” (entrevista n° 8)

“Não sei te dizer bem assim a culpa da LER, porque ninguém sabe, eu acho que ninguém vai saber quem é culpado.” (entrevista n° 6)

“Olha eu acho que o presidente, o governo, esse pessoalzinho que toma conta do..., do ministério público... tomar consciência das doenças e procurar ajudar todas as pessoas que necessitam de trabalho, de saúde pública, de escola, pra informação e tudo mais do que a gente precisa ... remédio também, que muitos não têm condições de comprar...” (entrevista n°9)

De todo modo, são raras as representações positivas e cada depoimento atesta a descrença e a incerteza em relação ao próprio futuro:

“quando o INPS me considerar apta pra voltar a trabalhar, eu vou me aposentar porque eu não tenho coragem mais de trabalhar, eu tenho medo de me acontecer novamente, entrar nesse ritmo de ter que trabalhar muito com a mão e voltar tudo. Todo esse processo que eu já passei... e como eu sei que pra enfeitar ninguém vai querer você no banco, ficar lá na mesa sentada enfeitando ninguém vai querer ... então eu acho que eu não trabalho mais no banco. Agora daqui pra frente...” (entrevista nº 5)

“Bom, só Deus é que sabe, porque doença tem bastante, né, agora as pessoas também têm que encarar, têm que ir em frente, pensar que não tem, né, pensando assim o dia de amanhã, esquecer da dor, dos outros problemas porque senão a gente não vive.” (entrevista nº 6)

Onde o futuro pessoal é tão sombrio quanto o futuro da própria sociedade, já que o estilo de vida atual é interpretado como francamente desumanizante e adoecedor:

“Ah, tá difícil. Eu acho assim, o homem precisava olhar o homem, mas como homem. Como a pessoa, esse ritmo muito desenfreado da modernização, eu acho que vai piorar muito a vida do homem, mas muito mesmo. A modernização, ao invés de ... ela vai modernizar, ... mas o homem em si está ficando cada vez menor, cada vez com mais problemas, mais complicações, e sem condição de resolver, na minha opinião. E você fica muito pequenininha assim, você nem pensa. A gente... eu acho que a cultura está sendo feita de uma tal maneira que a pessoa nem pensa muito, nem raciocina, não pensa, não pára, não vê a essência do homem, do homem-homem, pessoa humana, está tudo mais ou menos virando máquina. Não é assim?” (entrevista nº 5)

“O mundo tá muito doente da cabeça. Esse fato da gente não enxergar, olha eu posso ir até ali. Mas eu não vou ser menos, se eu não for até a outra cadeira, entendeu? É a competição ... você quer, quer, quer. Mais coisas. Às vezes eu tenho que conversar muito com as crianças a respeito disso... Eles falam, ai, eu queria isso, eu queria aquilo, eu falo: eu também quero isso, mas a gente não pode se machucar para ter as coisas e eu só enxerguei isso agora...” (entrevista nº 12)

Assim, o futuro está duramente atingido, já que é questionada a sonhada ascensão através do trabalho, prejudicada pela perspectiva de cura que também é percebida como improvável :

“Olha, é difícil... Devia ter a benção de Deus. Porque eu acho que o mundo já está virado, não é? Precisaria de um...olha... de um milagre divino...” (entrevista nº 11)

Assim, a compensação financeira ocupa o lugar da reparação moral, embora com poucas chances de acontecer:

“Ah, a minha fantasia é que de repente eu me aposente, receba a maior grana do seguro, é isso aí. Que o seguro cubra isso, e isso é minha fantasia...”

É, eu vou receber o dinheiro do seguro, eu vou fazer alguma outra coisa, eu vou continuar trabalhando numa outra coisa, vou vender qualquer coisa, entendeu? Mas eu sei que é difícil, é muito difícil.” (entrevista nº 12)

“eu estou com três processos contra a empresa porque a empresa me abandonou, ela tem que me pagar, todos os gastos que estou tendo, e na primeira audiência a empresa alegou que eu já era portadora, e que veio agravar nela. Aí o advogado me procurou... eu falei não, eu não era portadora. Como uma pessoa que faz epítalo, salta em altura, faz arremessos de dardo, faz arremessos de peso pode ter problema no braço e agüentar fazer isso?” (entrevista nº 8)

Deste modo, as poucas representações sobre a vida depois das LER que contém elementos positivos, o fazem de maneira algo insegura, ora imaginando uma espécie de revanche, uma vitória contra as dificuldades pelas quais passou, ora imaginando um mágico final que pode resultar da vontade divina ou do avanço da ciência:

“espero que... pelo amor de Deus, alguém arrume uma fórmula secreta pra gente poder, pelo amor de Deus, cortar esse problema e tentar agilizar estudo, pesquisa, pra gente que tem esse problema aqui, sabe, tentar falar assim...não, olha, é, tipo assim AIDS, tem cura, porque pra gente é bem melhor... A gente tentaria viver mais tranqüilamente, porque é ruim

“você tentar, querer fazer uma coisa e não conseguir. Isso pra gente é ruim, no interior da gente mesmo.” (entrevista nº 11)

“Olha eu espero... eu peço a Deus que tome conta porque eu quero a cura mesmo, que pra mim não compensa eu ficar assim doente... eu pedir a conta lá também não compensa, mandar embora eles também não podem porque a gente está nessa situação ...” (entrevista nº9)

III. 7 A responsabilidade pelas LER

“quando eu sai de licença uma colega me perguntou quanto que eu tinha pago pro médico, pra ele me dar o atestado, também ninguém acredita, pouquíssimas pessoas...” (entrevista nº 1)

“Isso é doença inventada pelo sindicato. (Comentário que também se tornou corriqueiro entre colegas de trabalho e pessoas próximas aos lesionados)” (ALVES, 1998, p. 43)

A necessidade de uma explicação convincente para os fenômenos mórbidos também se aplica à atribuição de responsabilidades na instauração desses processos. Vários autores têm insistido na inclinação que, tanto a ciência quanto o senso comum, apresentam para a culpabilização dos doentes (SONTAG, 1984 e 1989; LAPLANTINE, 1991; BERLINGUER, 1988).

Numa obra que visa esclarecer os condicionantes históricos e sociais que configuram o conceito de doença, BERLINGUER (1988) aponta os desdobramentos dessa tendência:

*“A idéia de culpa, do doente como réu de uma transgressão, é representada continuamente sob novas formas. Existe, sobretudo nos Estados Unidos, uma ampla opinião, difundida através de livros e artigos, que acusa aqueles que têm *life styles* patogênicos*

(estilos de vida que podem levar a contrair doenças) e que frequentemente leva a uma *victim blaming* (culpar as vítimas).” (BERLINGUER, 1988, p. 41)

Isto implica na construção de discursos moralistas que vão desde a idealização do sofrimento e do padecimento valorizados por algumas religiões até a condenação dos adoecidos:

“Surge também a idéia, motivada pelas restrições econômicas, de que quando existe uma cumplicidade do doente na origem da doença, o Estado deveria suspender a assistência ao indivíduo, porque senão se obrigaria a compromissos impróprios.” (BERLINGUER, op. cit., p. 41)

Conforme já foi assinalado, a legislação brasileira, tributária do direito francês, baseia-se na doutrina do risco profissional. Isto sugere que qualquer atividade profissional está exposta a riscos, que independem de culpa do patrão ou do empregado⁶⁵.

Trata-se da instituição de um regime no qual *a sociedade assume todos os riscos sociais, entre os quais se encontram os infortúnios decorrentes do trabalho – Constituição Federal, art. 201, inciso I. (MONTEIRO, 1995, p. 268)*. Esta, segundo o mesmo autor torna-se a base da seguridade social após a Constituição Federal de 1988. Esta compreensão parece ter sido incorporada pelos portadores, na medida em que são frequentes as referências à responsabilidade do governo em relação ao crescimento das LER. Ademais, já foi intensamente assinalada a tendência para a culpabilização do trabalhador na área de acidentes e doenças profissionais:

⁶⁵ Ver capítulo I

“Afirmou-se, num estudo sobre o acidentado do trabalho, que ele se metamorfoseava de vítima em réu no mundo do trabalho, e de vítima em autor ou agente do próprio acidente”. (Conh apud HIRANO, 1990, p.127)

Neste cenário, os depoimentos apresentam curiosas e surpreendentes revelações. Dos dezenove entrevistados, cinco acusaram as empresas pela ocorrência da enfermidade. Outros cinco mencionaram uma responsabilidade dupla, tanto da empresa quanto do próprio trabalhador. Os restantes apontaram argumentos que responsabilizavam o governo ou razões desconhecidas. Alguns portadores, de modo ostensivo, declararam-se os maiores responsáveis pela doença, não obstante a existência de outros fatores:

“Nos primeiros momentos, acho que como eu a maioria chega à conclusão que há um responsável... a gente responsabiliza a administração e tudo mais... mas analisando friamente o culpado é a gente mesmo... Por nós deixarmos nos envolver tanto e permitir essa imposição, de todo esse ambiente ruim de trabalho, essa tensão e tudo mais. Nós devíamos ter gritado antes disso. Não vou dizer que é toda minha, qualquer trabalhador se submete, mas eu acho que a gente tem grande parte da culpa sim.” (entrevista nº 17)

“... eu acho que pela minha LER, especificamente, eu acho que quem tem bastante culpa sou eu mesma, porque eu tinha que ter dado esse alerta do meu corpo parar antes de chegar no estado que chegou. Mas eu acho que as instituições, elas deveriam primeiro informar a respeito da doença, te dar melhores condições de trabalho, sendo muito mais humano, agora a classe médica também te orientar melhor... Vamos dizer, eu passei por uma maratona de médicos, passei por um monte, eu fui em 5 médicos antes de ser afastada dessa doença. Então, eu acho que a classe médica também contribuiu para que deixasse agravar, entendeu? Mas, eu acho que aí um monte de gente é culpada, não é um culpado nessa história. Eu acho que sou eu, é a empresa, é o médico, é a maneira como a gente trabalha...” (entrevista nº 5)

“numa segunda fase, é a fase da revolta, da irritação, mas aí é com você, não é com o trabalho, é com você ... Como é que eu deixei isso acontecer comigo? Como? E isso foi muito... eu não sei qual fase é a pesada, mais pesada, mais isso foi muito pesado, a hora que eu saquei assim, como é que eu deixei isso acontecer, eu sabia de tudo, tinha críticas e críticas, em relação à ergonomia, ... ao esquema de trabalho, à forma, sabia da exploração,

sabia de tudo, sabia brigar pelos meus direitos e mesmo assim deixei isso acontecer, isso é foda, isso é pesado...” (entrevista n° 3)

São raras as declarações que incriminam de modo inequívoco a empresa:

“A empresa, indiscutivelmente a empresa. Porque na medida que você está dizendo que você não está conseguindo acompanhar o ritmo daquela máquina que eles colocam na tua frente, ela fala que você tem que acompanhar porque se você não acompanhar, você vai embora. Então, a necessidade faz você se estropiar, você se machuca, mas você vai acompanhar e foi isso que aconteceu comigo. Eu cheguei a falar: eu não estou conseguindo. Mas você tem que conseguir. Aí, como eu tinha que receber, acabava conseguindo...” (entrevista n° 12)

Em termos majoritários, os depoimentos contradizem, portanto, as acusações freqüentemente formuladas pelos empresários de que os portadores buscam argumentos para aposentadorias precoces ou vantagens pessoais, ao acusarem as empresas. De fato, os depoentes mostram-se, às vezes, bastante tolerantes e benevolentes com os demais ao reconhecerem a sua própria implicação na ocorrência:

“Eu querer abraçar tudo, eu querer fazer tudo, eu querer resolver tudo... foi isso que ocasionou a doença, se eu fosse uma pessoa menos assim... individualista, eu acho que se eu tivesse dividido mais as minhas funções com as outras pessoas, eu não teria ocasionado essa doença.” (entrevista n° 13)

“Na época em que eu fiquei 45 dias com o gesso no braço, se eu tivesse feito o que o médico disse, que era repouso, e repouso mesmo... deixar o braço quieto, eu acho que eu não teria partido pra cirurgia. Se isso aconteceu foi porque houve pressão por parte da chefia, que eu não deveria parar e também porque eu não fui atrás dos meus direitos, literalmente eu não fui atrás dos meus direitos. Eu sei que se eu batesse o pé a coisa ia ser por outro lado...” (entrevista n° 10)

Assim, no depoimento dos trabalhadores, as responsabilidades são, em geral, repartidas entre os próprios portadores, nas formas pelas quais individualmente se relacionam com o trabalho, e as autoridades encarregadas de fazer cumprir as leis de proteção ao trabalhador, na mesma medida em que são exibidas suspeitas sobre a lisura da empresa no processo:

“a coisa tem que vir de cima, de baixo e de cima, a gente tá passando hoje aqui no Brasil por uma crise enorme no sistema de saúde e isso não tá ajudando nem um pouco principalmente o pessoal de baixa renda. Então tem que começar uma preocupação geral, começando de cima até lá embaixo porque não adianta falar: melhor alimentação... se um coitado, que ganha um salário mínimo e tem que sustentar uma família toda não tem condições nem de pagar um aluguel. A coisa tem que melhorar em todos os níveis, sabe. É uma coisa bem global, cada qual consegue se cuidar com o que tem e esse problema que tá dando na saúde tá ajudando em muito...” (entrevista nº 4)

“seria a empresa eu acho, porque... apesar que a empresa.... eu não sei se ela conhece que isso daí ia dar problema, não posso responsabilizar porque não tem como falar pra você, ele é responsável ela é responsável Por causa disso, o pessoal não tá familiarizado com o problema pra evitar... Se fosse uma empresa que já tinha vários casos e eles continuavam insistindo, aí...” (entrevista nº 15)

“Olha, o único responsável pela LER, eu acho que ... o certo era reunir o gerente da firma, os médicos da firma, todo mundo, o pessoal assim, que entende desse problema mesmo e, procurar ... analisar bem o problema, e procurar uma solução pra isso, para que o pessoal não vá pegando LER mesmo...” (entrevista nº 9)

Ou ainda, aparecem cheios de contradições, dúvidas, sem localizar de modo preciso a responsabilidade, que é apenas pressentida...

“eu já fazia anos que já havia pedido pra minha chefia imediata e outras, que eu queria mudar de cargo... e eu então quando eu fico querendo voltar pro trabalho ... que eu falo pro médico, ah, eu estou preocupada, ele fala, ah ... esquece, aí eu falo assim, ai meu Deus... Aí eu lembro isso, aí eu fico com raiva, então, tudo isso me consola... porque eu falo, eles são culpados mesmo, porque se eles tivessem me mudado de cargo 5, 6 anos atrás quando eu pedi, talvez ... quer dizer, não tenho certeza, mas talvez eu não estivesse com isso...” (entrevista nº 4)

A reflexão de alguns entrevistados também menciona as recentes mudanças no mundo do trabalho, inferindo alterações na gestão de pessoal e localizando a pressão exercida sobre o trabalhador para a garantia de produtividade e, portanto, de exploração, levando a um desgaste maior:

“Esse ritmo de qualidade total, de produtividade vai ficar meio mundo doente. Você tá vendo que todo mundo vai ficar doente, porque todo mundo, tá passando o mesmo processo. Então, eu acho que a doença vai caminhar assim a passos assim ... ela vai, ela tá sendo uma progressão geométrica... porque dessa produtividade, dessa qualidade total você tem que produzir muito em tempo bem pequeno, um ritmo bem acelerado. Apesar do meu ritmo não ter sido imposto, você é obrigada a fazer isso, eu fazia aquilo porque tinha pilhas e pilhas de serviço.

Quer dizer o serviço me pressionava, não era o chefe em si. Mas é a mesma coisa no fim das contas, porque se eu estava vendo o serviço e uma pessoa fala: dá conta disso. Você fazia muito além do que você tinha que fazer.” (entrevista nº 5)

“a pressão era muito grande pra trabalhar, o gerente ia para as reuniões da superintendência, chegava, dizia que tinha que fazer negócios, tinha que ter fila, muita gente, tinha que autenticar, fazia aquele drama danado lá. Que ia ter demissão, tinha que apresentar muitas autenticações, aquela coisa toda, acho que a administração do serviço, da agência, tem sua participação sim...” (entrevista nº 14)

Concluindo, a responsabilidade sobre as LER é também atribuída, dolorosamente, a patrões, supervisores e empregados, sugerindo alianças que priorizam o capital em detrimento da própria saúde, alianças essas que terminam sendo vividas com auto-incriminação, o que aumenta a sensação de negligência com a própria força de trabalho:

“Agora em nível de responsabilidade... eu acho que o banco tem uma grande, mas eu acho que e a gente tem também... eu até hoje tenho problemas de como é que eu deixei isso acontecer, nesse sentido... essa responsabilidade. Eu acho que eu tinha condições de não deixar isso acontecer comigo, não é uma exigência que eu faço no nível assim, você foi burra de ter deixado, não é isso... mas enquanto não se trabalha isso nas pessoas, no trabalhador de uma forma geral, que você tem condições de que isso não aconteça, que a maioria das doenças ocupacionais, a maioria dos níveis de exploração permitem que você seja

invalidada. Então eu divido, e não sei qual é o grau, mais ou menos, mas eu divido essa responsabilidade, eu acho que eu permiti isso.” (entrevista n° 3)

*“a empresa.... deveria existir a conscientização do próprio encarregado... é quando ele está vendo uma pessoa trabalhar em excesso... Então, eu acredito que um encarregado vendo que você está fazendo o serviço muito excessivo... Você tá trabalhando muito ... ele pode te chamar num canto ou senão ele pode dosar aquilo ali pra você, então eu atribuiria assim uma parte da culpa pro encarregado. **E a outra parte?** Pra mim, eu acho que, vamos colocar assim, 50% a 50% entendeu, vamos dividir essa culpa...” (entrevista n° 19)*

Conclusões

*E, se de repente
A gente não sentisse
a dor que a gente sente...*
Chico Buarque

Ao discutir as limitações da noção de representação social, CLAUDINE HERZLICH (1991) aponta a generalidade do nível de análise que a noção constitui. Este aspecto, na opinião da autora, deriva do fato de que, trabalhando a partir de material especialmente produzido, em geral questionários, entrevistas ou depoimentos, o pesquisador enfrenta o desafio de tentar compreender, através da linguagem, os códigos partilhados pelos sujeitos, numa tentativa de revelar configurações sociocognitivas de caráter coletivo, às quais se atribui a função de construção de uma realidade social e histórica. Isto pode exigir, na opinião da autora, um melhor enquadramento das representações localizadas, a partir, em cada caso, da demarcação de uma articulação histórica e ideológica bastante precisa, o que nem sempre é possível, considerada a extensão desses marcos nas sociedades complexas e levando-se em conta a longa trajetória histórica da medicina contemporânea, no caso específico das representações em saúde e doença.

Contudo, a par de reconhecer com HERZLICH (1991) e MAGNANI (1986) que a noção de representação social tem servido, em alguns estudos, enquanto um instrumento excessivamente frouxo e inespecífico, capaz de responder por qualquer conteúdo ideativo e aplicável a todo objeto, é necessário ponderar, como fez HERZLICH (1991, p. 33) que nas

situações nas quais *apostas se desenham, evoluem e se redefinem na sociedade; em que debates se cristalizam; em que a tensão e o conflito aparecem ou se transformam em mobilizações e ações coletivas*, a noção de representação social encontra largo valor heurístico. Este parece ser, exatamente, o caso das LER, tal como se tentou mostrar, ao longo deste estudo.

Assim, na tentativa de focalizar, no instante mesmo em que esses debates se impõem, a emergência de um conjunto de aportes significativos que associam aspectos biológicos e sociais sobre a enfermidade, observa-se que, a despeito da reconhecida generalidade das análises, parece possível conferir às representações localizadas aqui, algum valor de uso no delineamento da problemática apontada, tanto na perspectiva dos pacientes, quanto nas visões da medicina oficial.

Colocadas em evidência, principalmente, em virtude dos altíssimos custos sociais e econômicos por elas provocados⁶⁶, as LER evocam medidas de controle, que como foi apontado, variam desde a politização do fenômeno – manifesta, principalmente, na criação de entidades de defesa dos pacientes, bem como nas medidas governamentais de normatização restritiva das notificações de enfermidade – até a completa negação de suas evidências epidemiológicas e clínicas, reduzindo a sua magnitude.

A partir das variâncias e permanências reveladas pelas representações médicas eruditas e do senso comum em relação a diversos aspectos das LER, pode-se observar um imenso fosso entre a experiência do paciente e a que é descrita nos manuais, ainda que aquela claramente

⁶⁶ Notar a ênfase dada aos custos econômicos dos afastamentos que, em geral, são o acento principal nas matérias veiculadas na imprensa nacional, sobre o impacto das LER. Não obstante, a Norma Técnica do INSS, recentemente atualizada, menciona comparativamente o impacto da enfermidade: “Segundo dados do Bureau of Labour Statistics of USA, em 1994, foi de 320.000 casos o número de ocorrências do chamado trauma por esforço repetitivo apenas no setor industrial norte-americano, mostrando a singularidade da nossa situação, comparativamente.” (Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa – INSS, 1998, p.10)

incorpore fragmentos do saber “científico”; conquanto este também exiba, em muitas situações, evidências de incorporação de ancoragens estranhas ao próprio código clínico, advindas, talvez, da prática assistencial e pericial, recolhidas pelos técnicos entre os próprios trabalhadores.

Portanto, a primeira inferência possível, a partir das representações sociais recolhidas aqui é aquela que identifica aspectos alheios ao saber estritamente técnico em relação à causalidade das LER. Como se viu, são inúmeras as imputações causais sobre as LER, mas, de algum modo, a bibliografia consultada aponta de modo predominante o risco de embuste no dimensionamento da gravidade do fenômeno. Questões relacionadas ao gênero, às etnias, à militância política ou simplesmente ao falseamento das queixas, são fartamente exibidas nos textos estudados. De um modo ou de outro, majoritariamente os textos técnicos são ambíguos no reconhecimento da real existência da enfermidade. Seja através das imputações de natureza orgânica sociogênica, seja pelas de teor psicogênico e comportamental.

Isto remete a um outro aspecto, também exhaustivamente mencionado no estudo, que se refere à natureza pericial das ações médicas em saúde e trabalho. A chamada *prova material* preside, como foi apontado, o julgamento pericial nesta área, e esta circunstância determina grande parte das dificuldades enfrentadas na arena de conflitos gerados por uma enfermidade que se expande mundialmente, mas que, no entanto, escapa dos recursos diagnósticos e terapêuticos convencionalmente adotados na área clínica e cirúrgica, bem como das demais formas de intervenção médicas, mediante uma eficácia hesitante nas suas intervenções. Todo este cenário, por sua vez, chega a despertar dúvidas até nos próprios portadores.

Por outro lado, ao se caracterizarem como enfermidades crônicas, sem risco letal, as LER tangenciam as clássicas concepções de risco empregadas na área. A maior parte do

arsenal classificatório das ações em saúde e vigilância das condições de trabalho destina-se a estimar riscos acidentários relacionados com a mortalidade. No caso das doenças degenerativas, resultado de longa exposição ou desgaste, há uma interdição clara, que se manifesta nos próprios textos legais⁶⁷, tanto nacionais quanto estrangeiros⁶⁸:

Trata-se de um chave de interpretação que talvez ajude a esclarecer a freqüência com que são evocados os termos “charlatanismo” e “simulação”⁶⁹ na descrição das ações de médicos e pacientes envolvidos neste cotidiano. Vale lembrar que os chamados *sintomas* dos pacientes estão relacionados à percepção do corpo na sua experiência com a enfermidade, também percebida pelos *sinais*, estes sim, são encarados pelos médicos como manifestações objetivas, provenientes da acurada observação clínica associada aos exames físicos, provas laboratoriais e exames complementares.

As LER, que têm a dor como queixa principal, alinham-se, portanto, entre os fenômenos mórbidos mais fadados à suspeita, por contrariar os requerimentos de comprovação objetiva da medicina.

Como assinalou FERREIRA (1995), a consulta médica apenas raramente concede ao doente o papel de protagonista. Considerando que os mais freqüentes motivos de busca por cuidados médicos são a dor e as dificuldades de enfrentar as atividades no trabalho, é possível ponderar então, que a consulta médica pode eventualmente prescindir ou secundarizar o

⁶⁷ Destaca-se a LEI Nº 6.367, DE 19 DE OUTUBRO DE 1976 (D.O.U. - 21.10.76) (Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências) que observa que não será considerada “a doença degenerativa, a inerente a grupo etário e a que não acarreta incapacidade para o trabalho.” (grifos nossos)

⁶⁸ Observar as concessões de benefícios em países europeus, como assinafa KRÖLLS, mencionando a situação alemã: “O grande problema é que não existem meios objetivos diretos que demonstrem que uma doença degenerativa da coluna seja causada pelo trabalho. Aproximadamente 20.200 trabalhadores afirmam que suas doenças estão relacionadas com o trabalho que exercem, mas apenas 164 casos de doenças específicas foram aceitos como doenças ocupacionais até agora.” (1994, p. 20)

depoimento dos próprios pacientes, por lidar com a doença e não com pessoas, substituindo as queixas por recursos de extrema valorização em nossos dias, quais sejam as tecnologias de diagnóstico por imagem e demais estratégias de *investigação armada*, como observou NOVAES (1987). A dificuldade de comprovação dos diagnósticos em relação às LER, as ambigüidades que cercam sua causalidade nos discursos médicos, a *via crucis* diante das perícias e do laudo, enfim tensiona e conflita a legitimidade do *ser doente*.

Para o portador, a primeira questão que se impõe é a própria realidade da enfermidade. Existe ou não existe? Esse questionamento se expressa desde a interminável polêmica sobre as denominações⁷⁰ da enfermidade e se estende a todos os demais aspectos (diagnóstico, causas, prevenção, tratamento, responsabilidades).

Retomando a questão do nexo causal, o estudo mostrou que, por parte dos trabalhadores acometidos, a maioria das imputações causais oscila entre um certo modo de trabalhar, caracterizado por uma atividade estafante e desprovida de propósitos ou gratificação, a outras imputações extensivas às doenças em geral (naturais, condições de vida) ou ao próprio indivíduo.

Provavelmente, em virtude da própria ambigüidade que marca a doença e das dificuldades dos médicos em reconhecê-la e tratá-la, encontrou-se, entre os portadores, uma extrema desconfiança em relação aos tratamentos médicos, bem como aos demais cuidados e medidas que lhes são dedicados pelo Estado e pelos empregadores. Pode-se, portanto, inferir

⁶⁹ Lembrar dos *quak nostrums* (charlatães) mencionados pelo Dr. Slovak, ao referir-se aos defensores da etiologia ocupacional das LER, conforme discussão detalhada no primeiro capítulo.

⁷⁰ Ver INSS, Ordem de Serviço nº 606, de 5 de agosto de 1998 – Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT.

a existência de um sentimento de abandono, e de exclusão de um sistema de cuidado, da perda de sentido para os projetos pessoais, familiares e futuros, particularmente quando o laudo pericial identifica que este trabalhador tornou-se inapto para trabalhar. Isto talvez explique a procura concomitante de práticas múltiplas de cura, dentro e fora dos sistemas oficiais, às quais os entrevistados se submetem, mas não chegam, contudo, a confiar de modo absoluto. A baixa resolutividade dos tratamentos das LER, admitida pela maioria dos manuais técnicos, jamais chega, no entanto, a ser esclarecida de modo convincente por estes textos. A adesão hesitante dos portadores a estes modelos de tratamento poderia significar uma consequência ou seria a causa mesma dessa ineficácia?

Neste cenário, o futuro reveste-se de significações repletas de incerteza e de insegurança..

É flagrante o contraste entre este quadro e as posições encontradas na bibliografia técnica consultada. Os textos falam em uma enfermidade branda, sem grande importância ou gravidade. Na opinião de um médico ligado à área: *uma doença de segunda ou terceira classe*. O que parece divergir, sobretudo, é aquilo que se impõe como relevante ou essencial, para cada um dos atores.

Os trabalhadores acometidos exibem depoimentos carregados de dor e sofrimento. A desesperança e o sentimento de traição não são raros e, embora haja tentativas de valorizar esse “calvário” que lhes foi imputado⁷¹, a incomunicabilidade da dor e de seus próprios conteúdos, de sua condição de pessoa doente, é reiteradamente manifesta.

DEJOURS (1991) alertava, comentando as lutas sociais após 1968, para as dificuldades do movimento operário para fazer de modo convincente e eficaz as denúncias e os

⁷¹ Pensar nos depoimentos que afirmam um certo tipo de crescimento pessoal (notadamente moral) após a experiência da doença, detalhados no capítulo II.

encaminhamentos referentes às questões relativas ao sofrimento no trabalho. O autor mostrou que o surgimento de novas modalidades de produção ensejou *sofrimentos insuspeitos*.

Esta dificuldade para falar (e localizar) da dor e do sofrimento encontra uma perversa correspondência na linguagem técnica, que, via de regra, silencia o sofrimento (e sobre ele) e sublinha tão-somente o desgaste físico evidente, capaz de ser incontestavelmente comprovável, como já foi assinalado anteriormente.

O sofrimento proveniente do trabalho, só muito recentemente tematizado, inclui todos aqueles que trabalham dos dois lados do processo. Tanto os médicos e demais profissionais envolvidos nas ações de saúde e vigilância do trabalho, quanto os trabalhadores, experimentam tensões e contradições que foram claramente explicitadas nos depoimentos e na bibliografia consultada. Aquilo que LAPLANTINE (1991) qualifica de *emancipação da medicina em relação ao social*, pode constituir, na verdade, uma tentativa (malograda, deve-se admitir) de enfrentar dimensões inefáveis da condição e do sofrimento humanos.

As LER oportunizam a discussão sobre a emergência de um mal estar social que atinge uma escala planetária e que escapa aos modos tradicionais de enquadramento das enfermidades relacionadas ao trabalho. A transformação de um certo mal estar em uma enfermidade, evidenciada neste estudo, pode sublinhar nas estratégias discursivas a natureza dos fatores biológicos, culturais, sociais e políticos que entram em jogo na construção de um certo fenômeno, que apesar de circunscrito a uma esfera de domínio “científico”, ultrapassa em muito os limites da técnica e da teoria e recoloca a questão do próprio modo de viver e encarar a vida e a doença, assim como seus determinantes.

A emergência das LER, em todo o mundo industrializado, a partir dos anos 50 e as acirradas disputas acadêmicas e judiciais que sucederam o fenômeno podem e devem fazer

pensar, antes de tudo, na reedição de uma modalidade de disputa política, ainda que habitualmente esta seja explicada enquanto uma dificuldade de comunicação proveniente de diferentes códigos representacionais. Subordinados que estão ao mesmo tipo de *estranhamento* em relação aos processos de trabalho, médicos e pacientes se confrontam através da vivência das LER, mas sobretudo, revelam feridas sociais que exigem bem mais que estratégias legais, administrativas ou periciais para o seu equacionamento. Exigem a aceitação da dimensão intangível do humano, tanto na sua relação com a natureza, objetivada no trabalho, quanto na interação efetivada nas relações de sociabilidade.

Nessa perspectiva, as mudanças tecnológicas e um novo desenho do mercado ensejaram um tipo novo de relação entre trabalho e trabalhadores que, de algum modo, reatualiza a questão do *estranhamento*, tal como havia sido proposta por MARX, conforme nos adverte RICARDO ANTUNES (1995). Naquele caso, vale dizer que o trabalho tornara-se “*abstração da natureza específica, pessoal, do ser social, que atua como homem que se perdeu a si mesmo desumanizado*” (KARL MARX *apud* ANTUNES, 1995, p. 125 - grifos originais).

Agora, no *estranhamento* típico do toyotismo⁷², haveria um *envolvimento cooptado*, onde a aparente eliminação das distâncias entre *elaboração* e *execução* impostas pela horizontalização⁷³ criariam a falsa impressão de ampliação do controle operário sobre o trabalho. Sob nova roupagem, embora o produto do trabalho permaneça alheio e estranho ao produtor, operam-se mudanças nas formas de conceber e enfrentar essa subordinação.

⁷² Sistema que reduz drasticamente a porosidade do trabalho, aumentando o ritmo da produção através do emprego de técnicas de gestão da mão de obra associadas à introdução de inovações tecnológicas voltadas à intensificação da exploração. Ver ANTUNES (1995) e CATTANI (1997)

⁷³ O termo inclui não só o chamado *downsizing*, que significa a redução dos níveis hierárquicos da cadeia produtiva, mas também à redução do âmbito da produção das empresas, através da terceirização de partes do processo (cf. CATTANI, 1997 e ANTUNES, 1995).

Sublinhando o impacto das vigorosas transformações que este processo acarreta nos diversos países onde ocorrem, o chamado operariado tradicional sofrerá profundas metamorfoses, na opinião de ANTUNES (1995), que dizem respeito ao *universo da consciência, da subjetividade do trabalho, das suas formas de representação* (p. 35).

Isto talvez explique, ao menos em parte, o surgimento em escala epidêmica (poder-se-ia dizer pandêmica) de uma enfermidade que chega a ser posta em dúvida pelo próprio doente, e provoca antes de tudo uma enorme perplexidade diante de sua persistência e dificuldade de controle.

Quando este estudo estava sendo concluído, foi publicada em Diário Oficial a Norma Técnica que altera a denominação da enfermidade no Brasil, que atualiza e reforma a anterior, publicada em 1993. Com isto, fica oficialmente abolida no Brasil, em termos da Previdência, a denominação LER, adotada no país desde 1986, conforme já se referiu anteriormente. A presente Norma recebeu severas críticas da parte dos setores envolvidos nesta problemática, notadamente dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores, de todo o país, em virtude das dificuldades criadas para a notificação dos diagnósticos, bem como da elaboração do nexo entre a enfermidade e os processos de trabalho, sem, no entanto, que essas críticas tenham sido ponderadas pelo Ministério da Previdência.

Entre as excentricidades da enfermidade, com a presente medida, adicionou-se mais uma: a alteração do nome da doença, através de um expediente legal.

Tudo nos leva a crer que as LER representam, portanto, um inescapável ensejo para maiores e mais abrangentes investigações que procurem superar o nível exploratório ou descritivo das concepções de saúde e doença. Ajudando a criar as condições para uma compreensão e legitimidade científica mais abrangente, capaz de dar voz e significação à

condição humana do corpo que trabalha, desgasta-se, sofre e revolta-se. Rebeldia que se transmuta na capacidade de *estranhar*, questionar, criar e reinventar os trilhos da história, para todos nós, apesar dos condicionantes de toda ordem, que se impõem.

*“Toda a dor da vida
Me ensinou essa modinha
Que, de tolo
Até pensei que fosse minha”
(Chico Buarque)*

Summary

Feeling Pain: Social Representations on Repetitive Strain Injury (RSI)

This study stems from the recognition of the importance of RSI in the world of work and its impact on the health conditions of the labour force. That is a morbid condition overloaded by uncertainty, suspicion or ambiguity. Its legitimization is still being built up and it is a matter of debate. Consequently, the study seeks, on one hand, to apprehend the conceptions of this particular illness and its causation amidst the medical literature, according to different specialties, entailing diverse and controversial models of etiological and healing practices. On the other hand, this study focuses on a RSI affected group including socially differentiated workers. It explores their conceptions of the disease, their illness-related living experience and their plans for the future, as much as their movements in search for medical and non-medical healing methods. This is a qualitative research whose main orientation is based on a social anthropological approach.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACTA FISIÁTRICA, PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, 2 (2): 17-33, 1995
- ADORNO, R. C. F. et al. **Mulher, muler: saúde, trabalho, cotidiano** In ALVES, P. C., MINAYO, M. C. . **SAÚDE E DOENÇA : UM OLHAR ANTROPOLÓGICO**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994
- ALMEIDA FILHO, Naomar. **EPIDEMIOLOGIA SEM NÚMEROS: UMA INTRODUÇÃO CRÍTICA À CIÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA**, Rio de Janeiro: Campus, 1989
- ALVES, P. C. .**A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE : CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS**, Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro,9 (3) jul/set 1993
- _____, MINAYO, M. C. . **SAÚDE E DOENÇA : UM OLHAR ANTROPOLÓGICO**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994
- ANTUNES, Ricardo. **ADEUS AO TRABALHO? ENSAIO SOBRE AS METAMORFOSES E A CENTRALIDADE DO MUNDO DO TRABALHO**, São Paulo: Cortez; Campinas,S.P.: Editora de Universidade Estadual e Campinas, 1995
- ARAÚJO, JOSÉ et al. **LER: Dimensões Ergonômicas e Psicossociais**, Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1997
- ARMSTRONG, T. J. et al. **A CONCEPTUAL MODEL FOR WORK-RELATED NECK AND UPPER-LIMB MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. Scand. J. W.E, 19: 73-84, 1993

- ARREDONDO, A. . **ANÁLISIS Y REFLEXIÓN SOBRE MODELOS TEÓRICOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**, Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (3) jul/set 1992
- ASSUNÇÃO, A.A. . **Sistema Músculo-Esquelético: Lesões por Esforços Repetitivos in MENDES, René . PATOLOGIA DO TRABALHO** . Rio de Janeiro: ATHENEU, 1995
- BAMMER, G. et BLIGNAULT, I. **MORE THAN A PAIN IN THE ARMS: a review of the consequences of developing occupational overuse syndromes (OOSS)**. J Occup Health Safety - Aust/NZ , 4 (5), 1988B
- BAMMER, G. et al. **THE ARGUMENTS ABOUT RSI: AN EXAMINATION**, Community health studies, volume xii, number 3, 1988A
- _____ . **DISCUSSION PAPERS ON THE PATHOLOGY OF WORK-RELATED NECK AND UPPER LIMB DISORDERS AND TREATMENT**. NCEPH Working Paper, Camberra, (31), 1991
- _____ . **WORK-RELATED NECK AND UPPER LIMB DISORDERS - social, organisational, biomechanical and medical aspects**. Anais do Seminário Internacional de Ergonomia: Florianópolis/Brasil, 1993
- BARBOSA, S. R. S. **INDUSTRIALIZAÇÃO, AMBIENTE E CONDIÇÕES DE VIDA EM PAULÍNIA, SP: as representações de qualidade ambiental e saúde para médicos e pacientes**. Dissert. de mestrado, IFCH/UNICAMP, 1990
- _____ . **QUALIDADE DE VIDA E SUAS METÁFORAS**. Uma reflexão sócio-ambiental. Tese de doutorado, IFCH/UNICAMP, 1996
- BERLINGÜER, G. . **REFORMA SANITÁRIA ITÁLIA E BRASIL**, São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988-A

- _____. **A DOENÇA**, Editora Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde: São Paulo, 1988-B
- BIRMAN, J. . **Interpretação e Representação na Saúde Coletiva**. Physis-Rev. de Saúde Coletiva, vol. 2, nº 1, 1992
- BLAIR, S. et BEAR-LEHMAN. . **PREVENTION OF UPPER EXTREMITY OCCUPATIONAL DISORDERS** – editorial comment, The Journal of Hand Surgery, vol 12^A, number 5, part 2
- BLAKISTON. **DICIONÁRIO MÉDICO**, 2ª ed. Ed Organização Andrei, 1982
- BOLTANKI, L. **AS CLASSES SOCIAIS E O CORPO**. RJ, Graal Ed, 1979
- BORGES, L. H. **Trabalho e doença mental: Reconhecimento Social do nexo Trabalho e Doença Mental** in SILVA FILHO, JOÃO F., JARDIM, S. **A DANAÇÃO DO TRABALHO: organização do trabalho e sofrimento psíquico**, Rio de Janeiro, Te Corá Ed., 1997, 376 p.
- BORGES, Z. N. . **A construção social da doença: Um estudo das representações sobre o transplante renal** In LEAL, Ondina F. . **CORPO E SIGNIFICADO, ensaios de antropologia social**, Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995
- BROWNE, C.; NOLAN, B. & FAITHFULL, D. **OCCUPATIONAL REPETITION STRAIN INJURIES: guidelines for diagnosis and management**, The Medical Journal of Australia, march 17, 1984
- BOREAU, F. **DONNÉS FONDAMENTALES POUR LA COMPRÉHENSION DE LA DOLEUR CHRONIQUE**. in Second International Scientific Conference on Prevention of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995

- BONGERS, P. M. . **PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS.**
Second International Scientific Conference on Prevencion of Work related
musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
- BRANDIMILLER, P. A.. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER),** Protocolo
de normas para o manejo clínico, ocupacional e institucional dos casos de LER, Instituto
Nacional de Saúde do Trabalho, 1992
- CANESQUI, A. M. . **ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DO CONSUMO EM SAÚDE
ENTRE FAMÍLIAS TRABALHADORAS.** Relatório Final de Pesquisa.
UNICAMP/FINEP, 1990
- _____. **Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde** In SPÍNOLA, A.W. P.
et al. **PESQUISA SOCIAL EM SAÚDE.** São Paulo: Ed Cortez, 1992
- _____. **DILEMAS E DESAFIOS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NA SAÚDE
COLETIVA,** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995
- _____. **Ciências Sociais, a saúde e a saúde coletiva** In CANESQUI, A. M.
DILEMAS E DESAFIOS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NA SAÚDE COLETIVA, São
Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995
- CAPRA, F. . **O PONTO DE MUTAÇÃO . A ciência, a sociedade e a cultura emergente .**
São Paulo, Círculo do Livro, 1982
- CARTER, J.B. and BANISTER, E. W. **MUSCULOSKELETAL PROBLEMS IN VDT
WORK: A REVIEW.** Ergonomics, 1994, vol. 37, no. 10, 1623-1648
- CASTIEL, D. L. **O BURACO DO AVESTRUZ, a singularidade do adoecer humano.**
Campinas, SP, Papirus, 1994

- CATTANI, ANTONIO D.. **TRABALHO E TECNOLOGIA: Dicionário Crítico**, Petrópolis: Vozes, 1997
- CHATTERJEE, D. S. . **REPETITION STRAIN INJURY - a Recent Review**, Great Britain: J.Soc. Occup. Med. , 1987
- CLARO, L.B.L. **HANSENÍASE: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995
- CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
- CODO, Wanderley. . **INDIVÍDUO, TRABALHO E SOFRIMENTO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR**. Petrópolis-R.J.: Vozes, 1993
- COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSI"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
- COLACIOPPO,S. . **TÓPICOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR**, São Paulo: HUCITEC, 1989
- COSTA, Ana Maria. **RIQUEZA DE POBRE: um estudo em antropologia da saúde**, dissert. de mestrado UNB, DF, 1978
- COSTA, D.F. et al. . **PROGRAMA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES** .A experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública, São Paulo , HUCITEC, 1989
- COUTO, H. **TENOSSINOVITES E OUTRAS LESÕES POR TRAUMAS CUMULATIVOS**. Belo-Horizonte: Ergo, 1991

- _____. **GUIA PRÁTICO: TENOSSINOVITES**. Belo Horizonte, Ergo, 1996
- CZERESNIA, Dina et al. **EPIDEMIOLOGIA: TEORIA E OBJETO**, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC e ABRASCO, 1990
- DEJOURS, C. . **A LOUCURA DO TRABALHO**, estudo de psicopatologia do trabalho , 4ª edição, São Paulo: Cortez-Oboré , 1991
- _____. "Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações" *in* CHANLAT, J. . **O INDIVÍDUO NA ORGANIZAÇÃO** , São Paulo : Atlas, 1992
- _____. **O FATOR HUMANO**, Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997
- _____. et al. **PSICODINÂMICA DO TRABALHO**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho, São Paulo: Atlas, 1994
- DEMBE, A. . **THE SOCIAL HISTORY OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. Second International Scientific Conference on Prevencion of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
- DENNETT, X. et FRY, J. H. H. . **OVERUSE SYNDROME: A MUSCLE BIOPSY STUDY** ,The Lancet, april 23, 1988
- DERMOTT, Mc . **REPETITION STRAIN INJURY: A REVIEW OF CURRENT UNDERSTANDING**. Med. J Aust. 144: 499-500, 1986
- DEVES, L. et SPILLANE, R. .**OCCUPATIONAL HEALTH, STRESS AND WORK ORGANIZATION IN AUSTRALIA**, International Journal of Health Services, Volume 19, Number 2 , 1989
- DIAS, E.C.D. .Aspectos atuais da saúde do trabalhador do Brasil *in* **ISTO É TRABALHO DE GENTE ?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil, Petrópolis, RJ: Vozes, 1993

- DIAS, M. D. A. . **SAÚDE DO TRABALHADOR: estudo de caso com portadores de lesões por esforços repetitivos**. Dissert. de mestrado, PUC-SP, 1995
- DODIER, N. **EXPÉRIENCE PRIVÉE DES PERSONNES ET EXPERTISES MÉDICO-ADMINISTRATIVES**. Uma enquête dans la médecine du travail. Sciences Sociales et Santé, vol. IX, n° 2, juin 1991
- _____. **L'EXPERTISE MEDICALE: essai de sociologie sur l'exercice de jugement**. Paris, Ed. Métailié, 1993
- DORT- DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - MINUTA DE ATUALIZAÇÃO da NORMA TÉCNICA SOBRE LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS / LER - Serviço Público Federal, Divisão de Atividades Previdenciárias / SP , INSS, 1997**
- DRISCOLL, T. R. **ARE WORK- RELATED INJURIES MORE COMMON THAN DISEASE IN THE WORKPLACE ?** Occup. Med. 43, 164-166, 1993
- DUPULS, M. . **LA TENDINITE DU MUSICIEN: THÈME ET VARIATIONS** in Second International Scientific Conference on Prevencion of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal- Canadá, 1995
- EAKIN, J. M. . **LEAVING IT UP TO THE WORKERS: sociological perspective on the management oh heath and safety in small workplaces**, International Journal of Health Services, vol 22, num 4, 689-704, 1992
- FARR, R. M. . **Representações Sociais: a teoria e sua história** In GUARESCHI, S. J. P., JOVCHELOVITCH, S. . **TEXTOS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**, Pêtrópolis: Vozes, 1994, 324 p

- FERREIRA, J. . **Semiologia do corpo** In LEAL, Ondina F. . **CORPO E SIGNIFICADO, ensaios de antropologia social**, Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995
- FORTES, H.,PACHECO, G. **DICIONÁRIO MÉDICO**, Editor Fábio Mello, 1969
- FOUCAULT, Michel. **HISTÓRIA DA SEXUALIDADE I: A VONTADE DE SABER**. Rio de Janeiro: Edições do Graal, 1977
- _____. **O NASCIMENTO DA CLÍNICA**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980
- _____. **MICROFÍSICA DO PODER**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984
- _____. **HISTÓRIA DA LOUCURA**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1. Edição, 1978, 2. Edição, fev. 1987a
- _____. **ARQUEOLOGIA DO SABER** . Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987b.
- FRANÇA, G.V. . **MEDICINA LEGAL** , Rio de Janeiro,Guanabara Koogan, 1991.
- FRUCHARD, Ph. et VIGNERON, J. **LES TÉNO-SYNOVITES STYLO-RADIALES DE J. F. de QUERVAIN EN MILLIEU DE TRAVAIL**, revue de Médecine du Travail, tome IX, n° 3, 1981
- GARRET, Laurie. **A PRÓXIMA PESTE: NOVAS DOENÇAS NUM MUNDO EM DESEQUILÍBRIO**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995
- GOFFMAN, Erving. **ESTIGMA: NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA**, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982
- GONÇALVES,R. B.. **"Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das Doenças Crônicas Degenerativas "** In COSTA, D. C. . **EPIDEMIOLOGIA, Teoria e Objeto**. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1990,

- GOMES, C. M. et al. . **Por uma ecologia do trabalho** In **SAÚDE, AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO**, vol II – Processos e consequências sobre as condições de vida. São Paulo- Rio de Janeiro, Ed HUCITEC- ABRASCO, 1992
- GOMES, J. R.; BEDRIKOW, B. **PAPEL DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR**, Rev. Bras. de Saúde Ocupacional, nº 58 – vol. 15 abril-maio-junho 1987
- GUARESCHI, S. J. P., JOVCHELOVITCH, S. . **TEXTOS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**, Petrópolis: Vozes, 1994
- HAGBERG, M. **WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS – ILLNESSES OR DISEASES**, in Second International Scientific Conference on Prevenscion of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
- HATEM, E.J. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, revisão , Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 76 vol. 20 jul/dez , 1992
- HUNT, L.. **A NOVA HISTÓRIA CULTURAL**, São Paulo: Martins Fontes, 1992
- HELMAN, C. G.. **CULTURA, SAÚDE E DOENÇA**. 2. ED. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1994
- HERZLICH, C. . **A PROBLEMÁTICA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E SUA UTILIDADE NO CAMPO DA DOENÇA**, Physis, rév. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: vol. 1, nº 2, 1991
- HERZLICH, C. et PIERRET, J.. **UMA DOENÇA NO ESPAÇO PÚBLICO. A AIDS EM SEIS JORNAIS FRANCESES**, Physis-Rev. de Saúde Coletiva, vol. 2, nº 1, 1992
- HERZOG, R. . **A PERCEPÇÃO DE SI COMO SUJEITO DA DOENÇA**, Physis, rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: vol. 1, nº 2, 1991

- HIRANO, S. et al. **A CIDADANIA DO TRABALHADOR ACIDENTADO: (RE)CONHECIMENTO DO DIREITO AOS DIREITOS SOCIAIS.** Tempo Social; Rev. Sociol. USP,S. Paulo,2(1): 127 - 150, 1º sem. 1990
- JOFFE, H. . **“Eu não”, “o meu grupo não”:** Representações Sociais Transculturais da AIDS In GUARESCHI, S. J. P., JOVCHELOVITCH, S. . **TEXTOS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS,** Petrópolis: Vozes, 1994
- KLEINMAN, Arthur. **THE ILLNESS NARRATIVES.** United States of América: Basic Books, 1988
- KOSKIMIES et al.. **CARPAL TUNNEL SYNDROME IN VIBRATION DISEASE ,** British journal of Industrial Medicine; 47:411-416, 1990
- KRÖLLS, T. B. et al. **PASSADO, PRESENTE E FUTURO DA MEDICINA DO TRABALHO NA ALEMANHA.** Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.84-vol.22-outubro/novembro/dezembro, 1994
- LAPLANTINE, F.. **ANTROPOLOGIA DA DOENÇA ,** São Paulo: Martins Fontes,1991
- LAURELL,A.C. et NORIEGA,M.. **PROCESSO DE PRODUÇÃO E SAÚDE, trabalho e desgaste operário ;** São Paulo, HUCITEC , 1989
- _____ et al. . **EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA ENFERMEDAD ,** Rosario,Cuadernos Medico Sociales nº 56, 1991
- LEAL, Ondina F. . **CORPO E SIGNIFICADO, ensaios de antropologia social,** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995
- LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS-** resoluções 180 e 197 de 1992, Secretaria Estadual da Saúde, Federação Estadual dos Bancários/SP e Sindicato dos Bancários de São Paulo

- LER - NORMAS TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE**, INSS, Minist. da Previdência Social, 1993
- LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: problema da sociedade brasileira**, Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte, mimeo, São Paulo, 1994
- LIMA, FRANCISCO P. A. A ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E A PRODUÇÃO DA LER In ARAÚJO, JOSÉ NEWTON. **L.E.R.- DIMENSÕES ERGONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS**. Belo Horizonte: Livraria e Editora HEALTH, 1997
- _____. **L.E.R. E CONTRADIÇÕES SOCIAIS: para além da opinião**. Opinião, Belo Horizonte: vol.6, nº 1, p. 103-129 jul 1996
- LIMA, M. E. . **A dimensão psicológica** In ARAÚJO, JOSÉ NEWTON. **L.E.R.- DIMENSÕES ERGONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS**. Belo Horizonte: Livraria e Editora HEALTH, 1997
- LOBATO, O. . "O problema da dor" in **PSICOSSOMÁTICA HOJE**, Porto Alegre : Artes Médicas , 1992
- LOPES, J.S.L. . **O VAPOR DO DIABO: o trabalho dos operários do açúcar**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978
- LOYOLLA, M. A. . **MÉDICOS E CURANDEIROS, CONFLITO SOCIAL E SAÚDE**. Rio de Janeiro, Difel, 1983
- LUCIRE, Y. **NEUROSE IN THE WORKPLACE**. Méd. J. Australia, 145(6): 323-30. 1986
- LUZ, Madel T. . **NATURAL, RACIONAL, SOCIAL : RAZÃO MÉDICA E RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA**. Rio de Janeiro: Campus, 1988
- MACHADO, R. et al. **DANAÇÃO DA NORMA: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978

- MACHADO, J. M. et GOMEZ, C. M. . Acidentes de trabalho: concepções e dados *in* MINAYO, M^a C. . **OS MUITOS BRASIS: saúde e população na década de 80**, Ed. HUCITEC-ABRASCO, SP-RJ, 1995
- MAGNANI, J. G. C. **Discurso e representação, ou de como os baloma de kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas** In CARDOSO, R. (org.) **A AVENTURA ANTROPOLÓGICA, Teoria e Pesquisa**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1986
- MATTAR Jr ,R. et AZZE, R. . Moléstias Ocupacionais - lesões por esforços repetitivos: um desafio para a cirurgia de mão In CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
- MATTOSO, Jorge . O novo e inseguro mundo do trabalho *in* MATTOSO, Jorge (org.) **O MUNDO DO TRABALHO: CRISE E MUDANÇA NO FINAL DO SÉCULO**. São Paulo, MTb/PNUD/Cesit-UNICAMP/SCRITTA, 1994
- MELO, I. . **Diagnóstico** In OLIVEIRA, C. R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** .Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- MENDES,R .**IMPORTÂNCIA DA OCUPAÇÃO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE-DOENÇA : ASPECTOS METODOLÓGICOS**, Rev. Bras. de Saúde Ocupacional n° 67 - vol.17, jul/set 1989.
- _____ . **PATOLOGIA DO TRABALHO** . Rio de Janeiro: ATHENEU, 1995
- _____ **SUBSÍDIOS PARA UM DEBATE EM TORNO DA REVISÃO DO ATUAL MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL NO BRASIL**. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.64 -Vol.16 - Outubro, Novembro, Dezembro, 1988

- MINAYO, M.C. . **SAÚDE - DOENÇA: UMA CONCEPÇÃO POPULAR DA ETIOLOGIA**, Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 4 (4) 1988
- _____. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO**, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- _____. **O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica** In GUARESCHI, S. J. P., JOVCHELOVITCH, S. . **TEXTOS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**, Petrópolis: Vozes, 1994
- MONSELL, F.P et al. **SHEARER'S WRIST: THE CARPAL TUNNEL SYNDROME AS AN OCCUPATIONAL DISEASE IN PROFESSIONAL SHEEP SHEARERS**, British Journal of Industrial Medicine ;49:594-595, 1992
- MONTEIRO, A. . **Os aspectos legais das tenossinovites** In CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
- MORFIN, L.M. **PALEOEPIDEMIOLOGÍA EN LAS POBLACIONES PREHISPÁNICAS MESOAMERICANAS** . Arqueologia Mexicana, 1996
- MOSCOVICI, S. Prefácio in GUARESCHI, S. J. P., JOVCHELOVITCH, S. . **TEXTOS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**, Petrópolis: Vozes, 1994
- NASCIMENTO, A.M. **INICIAÇÃO AO DIREITO DO TRABALHO**, São Paulo: Ed LTr, 1984
- NGOKWEY, N. . **PLURALISTIC ETIOLOGICAL SYSTEMS IN THEIR SOCIAL CONTEXT : A BRASILIAN CASE STUDY** , London: Soc.Sci. Med. vol. 26 nº 8, 1988
- NOGUEIRA, D. P.. **PERÍCIAS PARA A AVALIAÇÃO DE INSALUBRIDADE E PERICULOSIDADE: um grave problema de saúde ocupacional**. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.52 - Vol.13 - Outubro, Novembro, Dezembro, 1985

- NOVAES, H. M. D. . **DIAGNOSTICAR E CLASSIFICAR: O limite de olhar**, São Paulo: [tese de doutoramento-USP], 1987
- OFFE, C.. **TRABALHO E SOCIEDADE: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989
- OLIVEIRA,C.R. . **LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 73 vol 19 , abril/junh 1991
- _____ et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** .Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- OWEN, T. **Talks Given at RSI** (report), RSI Association, London, 1995
- OWEN, Earl. **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO “RSI”**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
- PARMEGGIANI,L. **A NOVA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES**, Rev.Bras. de Saúde Ocupacional, nº 50 - vol 13 , abr/jun,1985
- PATKIN, M. **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO “RSI”**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992

- PÊGO, A. et al. História da LER no Brasil in OLIVEIRA,C.R. **MANUAL PRÁTICO DE LER**. Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- PEREIRA, R.G. **LER: DOENÇA DE TRABALHADORAS**. Dissert. de mestrado, UFBA: Salvador, 1992
- PHEASANT, S. T. . **DOES RSI EXIST?** Balance of opinion, *Occup Med*, 167-8, 1992
_____. **DOES RSI EXIST ?** (reply) *Occup. Med.* 43: 53-54, 1993
- PERSON, S.A.Mc. et al. . **CUBITAL TUNNEL SYNDROME**, *Orthopedic Clinics of North America*, volume 23 - number 1, january 1992
- PUTZ-ANDERSON, VERN. **CUMULATIVE TRAUMA DISORDERS: A MANUAL FOR MUSCULOSKELETAL DISEASES OF THE UPPER LIMBS**, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, Ohio, USA: Taylor & Francis, 1994
- QUEIROZ, M.L.P.. **RELATOS ORAIS: DO "INDIZÍVEL" AO "DIZÍVEL"**; São Paulo:rev. Ciência e Cultura 39(3) março de 1987
- QUEIROZ, M. S. . **ESTRATÉGIAS DE CONSUMO ENTRE FAMÍLIAS TRABALHADORAS**. *Rev. Saúde Pública*, RJ, 9(3) 272-282, jul/set.1993
- QUEIROZ, M. S. et al. **REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: MÉDICOS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE O SERVIÇO**. *Rev. Saúde Pública*, 26(1): 34-40, 1992
- QUINTNER, J.L.. **THE AUSTRALIAN RSI DEBATE: stereotyping and medicine**. *Disability and Rehabilitation*, 1995, vol17, nº 5, 256-62
- RAMALHO, J.R. . **CONTROLE, CONFLITO E CONSENTIMENTO NA TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO** : um balanço para debate , Rio de Janeiro, BIB,nº 32 ,2º semestre de 1991

- RAMALHO, A. M. et RANGEL, A.L. . **Reabilitação Profissional** In OLIVEIRA, C.R. et al. .
MANUAL PRÁTICO DE LER . Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- RAMAZZINI, B. **DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA. 1700** Trad. Raimundo Estrela -
As doenças dos trabalhadores. São Paulo: FUNDACENTRO, 1971
- REZENDE, M. R. et RIBAK, S. . **Contribuição da Cirurgia** In OLIVEIRA, C.R. et al. .
MANUAL PRÁTICO DE LER . Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- RIBEIRO,H.P. **CONVERSANDO SOBRE L.E.R.** ;São Paulo, Opção Assessoria de
Comunicação,1994
- _____. **ESTADO ATUAL DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS
(L.E.R.) NO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO S.A. – BANESPA**, Cad. De
Saúde/AFUBESP, Vol. 1, nº 1, Junho/95
- _____. **A VIOLÊNCIA DO TRABALHO NO CAPITALISMO: o caso das
lesões por esforços repetitivos (L.E.R.) em trabalhadores bancários**. São Paulo, [Tese
de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP] 1997
- _____.(coord.) **LER: Conhecimento, Prática e Movimentos Sociais**. São Paulo:
FSP-USP, SSE-USP, Setembro,1997
- _____. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER): UMA DOENÇA
EMBLEMÁTICA**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13 (Supl. 2): 85-93, 1997
- ROCHA, L. E. . **TENOSSINOVITE COMO DOENÇA DO TRABALHO NO BRASIL: a
atuação dos trabalhadores**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, USP, 1989
- _____. **TENOSSINOVITE E TRABALHO: análise das Comunicações de
Acidentes de Trabalho (CAT) registradas no município de São Paulo**, Revista Brasileira
de Saúde Ocupacional, 18 (70): 1990

- _____ et Assunção, A. A. . **ISTO É TRABALHO DE GENTE ?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil, Petrópolis,RJ: Vozes, 1993
- ROUSTANG, GUY. **OS TRABALHADORES E A HIGIENE E SEGURANÇA NA FRANÇA.** Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.51-Vol.13-julho, agosto, setembro, 1995
- RUSSOMANO, M.V. **CURSO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL** ,Rio de Janeiro: Forense, 1983
- SANTORUM, K. M. T. . **MULHERES TRABALHADORAS E LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: uma análise na perspectiva de gênero e trabalho.** Dissert. de mestrado, PUC-RS, 1996
- SANTOS, D. C.. **BUSCANDO UMA SOLUÇÃO PARA A L.E.R.**, Medicina Social/Maio, 1997
- SANTOS, M.L. . **CADÊ O MEU AUMENTO OU VOU CAUSAR ACIDENTE:** um estudo de caso sobre a cultura do risco numa indústria petroquímica, Salvador (Dissertação de Mestrado),UFBa,1992
- SATO, L. et al. . **ATIVIDADE EM GRUPO COM PORTADORES DE L.E.R. E ACHADOS SOBRE A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL** ,Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 79 vol 21 jul/set 1993
- SCHRAIBER, Lilia B. **PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE: REFLEXÕES METODOLÓGICAS DO RELATO ORAL E PRODUÇÃO DE NARRATIVAS EM ESTUDO SOBRE A PROFISSÃO MÉDICA.** Rev. Saúde Pública, 29 (1): 63-74, 1995
- _____ **O MÉDICO E O SEU TRABALHO: LIMITES DA LIBERDADE.** São Paulo: Editora Hucitec, 1993

- SEGRE, Marco. **BREVE ESTUDO DA LEGISLAÇÃO E DA PERÍCIA MÉDICA EM ACIDENTES DE TRABALHO**, Rev. Bras. de Saúde Ocupacional, nº 50 - vol. 13 abr/jun, 1985
- SELIGMANN-SILVA, E. . **DESGASTE MENTAL NO TRABALHO DOMINADO** , Rio de Janeiro: Cortez Editora/ Editora UFRJ , 1994
- _____. **SAÚDE MENTAL E AUTOMAÇÃO**: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13 (Supl. 2): 95-109, 1997
- SETTIMI, Maria M. et al. **Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos** In COSTA, D.F. et al. . **PROGRAMA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES** .A experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública, São Paulo , HUCITEC, 1989
- SETTIMI, Maria M. et SILVESTRE, M. P. . **Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira** In CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
- SEVALHO, Gil. **UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA**, Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3) jul/set 1993
- SILVA FILHO, J. F. et JARDIM, SILVIA. **A DANAÇÃO DO TRABALHO, Organização do trabalho e sofrimento psíquico**, Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997
- SILVERSTEIN, B. **WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: PRIMARY PREVENICION STRATEGIES**. in Second International Scientific

- Conference on Prevencion of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
- SILVERSTEIN, B. et alii. **EVIDENCE FOR WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: a scientific counterargument.** JOEM- vol 38, number 5, may 1996
- SJOGAARD, G. . **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSI"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
- SLOVAK, A. J. **DOES RSI EXIST ?** Occp. Med., vol. 43, nº 1: 53
- SOARES, R. M. S. M. **GESTÃO DA EMPRESA: AUTOMAÇÃO E COMPETITIVIDADE.** Brasília: IPEA/IPLAN, 1990
- SONTAG, S. . **A DOENÇA COMO METÁFORA**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984
- _____ **A AIDS E SUAS METÁFORAS**, São Paulo: Companhia das Letras, 1989
- _____ **ASSIM VIVEMOS AGORA.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995
- SOUZA, M. C. G.. **"Doença dos Nervos" como estratégia de sobrevivência** In **A SAÚDE NO BRASIL**, 1 (3) jul/set 1983
- SOUZA FILHO, E. A. . **Análise de Representações Sociais** In SPINK, Mary. **O CONHECIMENTO NO COTIDIANO: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**, São Paulo: Brasiliense, 1993
- SPINK, Mary. . **O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL** , Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3) jul/set, 1993

- _____. **O CONHECIMENTO NO COTIDIANO: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**, São Paulo: Brasiliense, 1993
- SZABO, R.M. et al. **CARPAL TUNNEL SYNDROME**. Orthopedic Clinics of North America, volume 23, number1, january 1992
- THEBAUD-MONY, Annie. **La pluridisciplinarité dans la recherche en Santé Publique - L'exemple de l'accident et de la securité du travail**. Paris, Rev. Epidém. et Santé Publique, 30, 451-469,1982
- _____. **LA RECONAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONELLES** , Paris : La documentation Française , 1991
- THOMAS , R.E. et al. **BIOFEEDBACK AND CTS** , Ergonomics,1993, vol. 36, n.4, 353-361
- UNSCHULD, P. **The conceptual determination (Uberformung) of individual and collective experiences of illness**. Social Science and Medicine, 15 A: 243-251
- VASCONCELLOS, M. C. G. et al. **A propósito de modelos explanatórios de doença mental: Um estudo sobre a leitura de sintomas de esquizofrenia** In LEAL, Ondina F. . **CORPO E SIGNIFICADO, ensaios de antropologia social**, Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995
- WELLS, J. et al. . **MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG LETTER CARRIERS: A COMPARISON OF WEIGHT CARRYING, WALKING & SEDENTARY OCCUPATIONS**. Journal of Occupational Medecine/ VOL 25, N° 11 November 1983
- WELLS, R. **CAUSAL MECHANISMS OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. in Second International Scientific Conference on Prevencion of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995

YENG, L. T. et TEIXEIRA, M. J. . **Fisiopatologia da dor nos doentes com LER** In
OLIVEIRA, C.R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** . Belo Horizonte: Livraria
Editora Health, 1998

Bibliografia Complementar

- AITKEN, R.C.B. . CORNES, P . **TO WORK OR NOT TO WORK: THAT IS THE QUESTION.** *British Journal of Industrial Medicine*, 47: 436-441, 1990
- ALARCÓN, G. et al. **COMING OUT OF THE CLOSET: FIBROMYALGIA IN THE 1990'S. AN AMERICAN PERSPECTIVE** , *Rev. Bras. Reumatol.* vol. 34, no 2, mar/abr, 1994
- ATRA, E. et al. **FIBROMIALGIA: ETIOPATOGENIA E TERAPÊUTICA**, *Rev. Bras. Reumatol.*-vol. 33- n. 2-Mar/Abr, 1993
- BARREIRA, T. H. C.. **ABORDAGEM ERGONÔMICA NA PREVENÇÃO DA LER**, *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional*, nº 84 – vol. 22 – outubro/novembro/dezembro, 1994
- BLAIR, S. et BEAR-LEHMAN. . **PREVENTION OF UPPER EXTREMITY OCCUPATIONAL DISORDERS** – editorial comment, *The Journal of Hand Surgery*, vol 12^A, number 5, part 2
- BRAVERMAN, H. . **TRABALHO E CAPITAL MONOPOLISTA** , *A Degradação do Trabalho no Século XX*, 3ª Edição, Rio de Janeiro: 1987
- BRIOSCHI, L. R. et TRIGO, M. H. B.. **RELATOS DE VIDA EM CIÊNCIAS SOCIAIS: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**, *Ciência e Cultura* 39(7): 631-637-Julho, 1987

- BRITO, A. C. et al. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS E OUTROS ACOMETIMENTOS REUMÁTICOS EM MÚSICOS PROFISSIONAIS**, Rev. Bras. Reumatol.-vol. 32-n.2-Mar/Abr, 1992
- BRITO, J. C. **PROCURANDO COMPREENDER OS CONCEITOS DE CARGA, TRABALHO E RISCO (TECNOLÓGICO)**, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 72 – vol. 19, 1991
- BRITO, J. C. et al. **SAÚDE DOS TRABALHADORES: O CASO DA LAVANDERIA DE UMA INDÚSTRIA QUÍMICA DE CLORO-SODA**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(4): 543-551, out/dez, 1995
- BROWNE, C.; NOLAN, B. & FAITHFULL, D. **OCCUPATIONAL REPETITION STRAIN INJURIES: guidelines for diagnosis and management**, The Medical Journal of Australia, march 17, 1984
- BOREAU, F. **DONNÉS FONDAMENTALES POUR LA COMPRÉHENSION DE LA DOLEUR CHRONIQUE**. in Second International Scientific Conference on Prevencion of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
- BURAWOY, M. **MANUFACTURING CONSENT**, Chicago, The University of Chicago Press, 1982
- BURKE, Peter. **A ESCRITA DA HISTÓRIA: NOVAS PERSPECTIVAS**. 2. Edição- São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992
- CAMARGO, A. M. F. **A AIDS E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, ESTUDOS E HISTÓRIAS DE VIDA**, São Paulo: Editora Letras & Letras, 1994
- CANGUILHEM, Georges. **O NORMAL E O PATOLÓGICO**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990

- CARMO, R. L. **O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA: UMA PRIMEIRA ABORDAGEM.** Campinas-S.P.: IFCH/UNICAMP Setor de Publicações, ano 3, n. 4, 1993
- CARMO, P. S. **A IDEOLOGIA DO TRABALHO.** São Paulo: Moderna, 1992
- CHANLAT, J. F. **O INDIVÍDUO NA ORGANIZAÇÃO, Dimensões esquecidas.** São Paulo: Ed. Atlas, vol. 2, 1994
- CARTER, J.B. and BANISTER, E. W. **MUSCULOSKELETAL PROBLEMS IN VDT WORK: A REVIEW.** Ergonomics, 1994, vol. 37, no. 10, 1623-1648
- CASTEL, Robert. **O PSICANALISMO.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978
- CASTRO, N. . Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna *in* **TRABALHO E EDUCAÇÃO,** Campinas,SP:Papirus:Cedes; São Paulo: Ande/Anped, 1992
- CECIN, H, A. et al. **DOR LOMBAR E TRABALHO: UM ESTUDO SOBRE A PREVALÊNCIA DE LOMBALGIA E LOMBOCIATALGIA EM DIFERENTES GRUPOS OCUPACIONAIS,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 31, n. 2-Mar/Abr, 1991
- _____. **DOR LOMBAR E TRABALHO PESADO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 32-n. 4-Jul/Ago, 1992
- CLAVREUL, Jean. **A ORDEM MÉDICA: PODER E IMPOTÊNCIA DO DISCURSO MÉDICO.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1983
- COELHO, M. M. B. et REIS, R. J. **DOENÇAS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS DE ORIGEM OCUPACIONAL DOS MEMBROS SUPERIORES,** Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998

- CORDÁS, Táci A . et al. **FADIGA: REVISÃO DOS ASPÉCTOS BIOQUÍMICOS E DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional.
- COSTA, L. A. F. et PEREIRA, A. M. **EXPRESSÃO DA TRISTEZA EM CAMADA POPULAR URBANA DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL**. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(3): 448-455, jul/set, 1995
- COURY, H. G.. **TRABALHANDO SENTADO**, manual de posturas confortáveis, São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1994
- CZERESNIA, Dina et ALBUQUERQUE, Maria F. M. . **MODELOS DE INFERÊNCIA CAUSAL: ANÁLISE CRÍTICA DA UTILIZAÇÃO DA ESTATÍSTICA NA EPIDEMIOLOGIA**. Rev. Saúde Pública, 29(5): 415-23, 1995
- DIDONÉ, I. M. et FERNANDES F. A. M. (orgs). **TRABALHO: ASPIRAÇÕES E REALIDADE**. São Paulo: Edições Loyola, 1991
- DOBLES-ULLOA, A. et PERRIARD, C. **REPRESENTACIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO A LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN LA POBLACIÓN DEL CANTÓN DE ACOSTA, PROVINCIA DE SAN JOSÉ, COSTA RICA. ESTUDIO ANTROPOLÓGICO EXPLORATÓRIO**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10(2): 181-189, Abr/jun, 1994
- DORAY, B. et SILVEIRA, P. . **ELEMENTOS PARA UMA TEORIA MARXISTA DA SUBJETIVIDADE** ,São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989
- FACCHINI, L. A. **Por que a doença ? A inferência causal e os marcos teóricos de análise**
In ROCHA, L.E. **ISTO É TRABALHO DE GENTE ?** São Paulo: Vozes, 1993
- FIORITO, F. LARESE AND A. **MSD IN HOSPITAL NURSES: a comparison between two hospitals**, Ergonomics, 1994, vol. 37, no. 7, 1205-1211

- FISCHER, F. M. et al. **TÓPICOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR**, São Paulo: Hucitec, 1989
- FLEURY, Afonso C. C. et VARGAS, Nilton. **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR: SETE CASOS BRASILEIROS PARA ESTUDO**, São Paulo: Atlas, 1987
- _____ et VARGAS, N.. **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: uma abordagem interdisciplinar: sete estudos sobre a realidade brasileira**, São Paulo: Atlas, 1983
- FORRESTER, V.. **O HORROR ECONÔMICO**, São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997
- FRANCÉS, R.. **SATISFAÇÃO NO TRABALHO E NO EMPREGO**, Editora Rés: Portugal, 1984
- FRANZBLAU A. . **EVALUATING CURRENT PERCEPTION THRESHOLD TESTING** , JOM. volume 36, Number 9, September 1994
- FRIGOTTO, G.. **FAZENDO PELAS MÃOS A CABEÇA DO TRABALHADOR: o trabalho como elemento pedagógico na formação profissional**, Cad. Pesq., (47): 38-45, Nov., 1993
- GEERTZ, Clifford. **A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS**, Rio de Janeiro: Guanabara, 1989
- GINZBURG, C.. **MITOS, EMBLEMAS, SINAIS: MORFOLOGIA E HISTÓRIA**, São Paulo: Companhia das Letras, 1989
- GOFFMAN, Erving. **MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS**. São Paulo: Perspectiva, 1961

- GUIBERT, Hervé. **PARA O AMIGO QUE NÃO ME SALVOU A VIDA**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995
- HABERMAS, J.. **PARA A RECONSTRUÇÃO DO MATERIALISMO HISTÓRICO**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983. 2. Edição, 1993
- HARVEY, D. . **CONDIÇÃO PÓS-MODERNA** , São Paulo: Edições Loyola, 1995
- HUNT, L.. **A NOVA HISTÓRIA CULTURAL**, São Paulo: Martins Fontes, 1992
- HOEFEL, M. G. et al. **ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE PROCESSAMENTO DE DADOS**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 26(1): 21-26, 1992
- HUBERMAN, L.. **HISTÓRIA DA RIQUEZA DO HOMEM**, Rio de Janeiro: Guanabara, 21^a ed., 1986
- ITANI, A. **SUBTERRÂNEOS DO TRABALHO: Imaginários tecnológicos no cotidiano**, São Paulo: Ed. Hucitec, FAPESP, 1997
- JANSEN, T. et al. **INDIVIDUAL AND WORK RELATED FACTORS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS OF MUSCULOSKELETAL COMPLAINTS. I A QUANTITATIVE REGISTRATION SYSTEM**, British Journal of Industrial Medicine; 49:147-153, 1992
- KARTCHEVSKY-BULPORT. et al. **O SEXO DO TRABALHO: mulheres em movimento**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986
- KLEINMAN, Arthur. **THE ILLNESS NARRATIVES**. USA: Basic Books, 1988
- KOWARICK, L.. **TRABALHO E VADIAGEM: A ORIGEM DO TRABALHO LIVRE NO BRASIL**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994

- KUCHENBECKER, R. . **O MODELO OPERÁRIO ITALIANO 30 ANOS DEPOIS**, rev.
Saúde em Debate, n° 36, outubro de 1992
- LAUAR, E.C.D. et al. . **O MODELO OPERÁRIO ITALIANO 20 ANOS DEPOIS**, rev.
Saúde em Debate, n° 32 , junho de 1991
- LE GOFF, Jacques. . **PARA UM NOVO CONCEITO DE IDADE MÉDIA: TEMPO, TRABALHO E CULTURA NO OCIDENTE**. Lisboa-Portugal: Editorial Estampa, 1980
- _____ **AS DOENÇAS TÊM HISTÓRIA**, Lisboa-Portugal: Terramar, 1985
- LE GOFF, J. et NORA, P. O Corpo in **HISTÓRIA, NOVOS OBJETOS**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988
- LEITE, M. de P. . **O FUTURO DO TRABALHO**, novas tecnologias e subjetividade operária , São Paulo: Scritta , 1994
- LEPARGNEUR,H. . **CONSCIÊNCIA, CORPO E MENTE**, Campinas/SP, Pápirus,1994
- LOBATO, O. . **“O problema da dor” in PSICOSSOMÁTICA HOJE** , Porto Alegre : Artes Médicas , 1992
- LOPES, J.S.L. . **O VAPOR DO DIABO: o trabalho dos operários do açúcar**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978
- MACHADO, J. M. et GOMEZ, C. M. . **Acidentes de trabalho: concepções e dados in MINAYO, Mª C. . OS MUITOS BRASIS: saúde e população na década de 80**, Ed. HUCITEC-ABRASCO, SP-RJ, 1995
- MACHEREY,P. A **Filosofia da Ciência de Georges Canguilhem In CANGUILHEM, G. O NORMAL E O PATOLÓGICO** , Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1990.

MARQUES, M. B. **DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES NO REINO DA COMPLEXIDADE: IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(3): 361-388, jul/set, 1995

MARTINEZ, J. E. et al.. **AValiação SEQUENCIAL DO IMPACTO FIBROMIALGIA E ARTRITE REUMATÓIDE NA QUALIDADE DE VIDA,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 34-n. 6-Nov./Dez., 1994

_____. Et al.. **DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA: REVISÃO DE LITERATURA,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 33-n. 2-Mar/Abr, 1993

_____. **FIBROMIALGIA: ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIOECONÔMICOS,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 32-n. 5-Set/Out, 1992

MARTINS, H. S. et RAMALHO, J. R.. **TERCEIRIZAÇÃO: DIVERSIDADE E NEGOCIAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO.** São Paulo: Hucitec: CEDI/ NETS, 1994

MELLO F., J.. **PSICOSSOMÁTICA HOJE.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

MENDES,R. **IMPORTÂNCIA DA OCUPAÇÃO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE-DOENÇA : ASPECTOS METODOLÓGICOS,** Rev. Bras. de Saúde Ocupacional nº 67 - vol.17, jul/set 1989.

MICHAELS, D. et al.. **O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E A SAÚDE OCUPACIONAL NA AMÉRICA LATINA: novas tendências para a saúde pública em países subdesenvolvidos.** Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.51 - Vol.13 - Julho, Agosto, setembro, 1985

MILL, WENDY C.. **REPETITIVE STRAIN INJURY,** London: Thorsons, 1994

- MITCHEL, J.M.O et al. **REDUCED VIBRATION PERCEPTION IN RIGHT HANDS OF NORMAL SUBJECTS: AN ACQUIRED ABNORMALITY?** British Journal of Industrial Medicine ;47:715-716, 1990
- MORRONE, Luiz C. . **A MEDICINA DO TRABALHO NA FRANÇA.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n. 82- Vol. 22- Abril/Maio/Junho, 1994
- _____ **MEDICINA DO TRABALHO NA ITÁLIA.** Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. N.79 - Vol.21 - julho/agosto/setembro, 1993
- MORMOULIN, Anne Marie. **Os frutos da Ciência** In LE GOFF, J. **AS DOENÇAS TÊM HISTÓRIA** ,Lisboa : Terramar, 1991
- MÜHLEN, C. A. V. et al.. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS EM DIGITADORES: INEFICÁCIA DO MÉTODO CINTILOGRÁFICO NA DETECÇÃO DE PERIARTRITES DOS MEMBROS SUPERIORES,** Rev. Bras. Reumatol.-vol. 31, n. 6-Nov./Dez., 1991
- NASIO, J-D.. **O LIVRO DA DOR E DO AMOR,** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997
- ÖBERG, T. et al. **SUBJECTIVE AND OBJECTIVE MUSCLE FATIGUE,** Ergonomics, 1994, vol. 37, no. 8, 1323-1333
- OLIVEIRA, Jaime A . A . et TEIXEIRA, Sonia M. F. . **(IM) PREVIDÊNCIA ANOS SOCIAL: 60 ANOS DE HISTÓRIA DA PREVIDÊNCIA NO BRASIL.** Petrópolis-R.J.: Vozes,1985
- O'NEILL, M. J.. **QUANDO A DIREITA VACILOU,** São Paulo: News Editorial, 1998
- PAOLI, M. C. P. M. **DESENVOLVIMENTO E MARGINALIDADE: UM ESTUDO DE CASO.** São Paulo: Pioneira, 1974

- PARAGUAY, A. I. B. B.. **ESTRESSE, CONTEÚDO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO**, Rev. Bras. de Saúde Ocupacional, n. 70-vol.18-Abril, Maio, Junho, 1990
- PIMENTEL, D. et al. **SOCIOLOGIA DO TRABALHO - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO INDUSTRIAL - ANTOLOGIA**. Lisboa-Portugal: A Regra do Jogo, Edições, s/d
- PIOVESAN, A. et TEMPORINI, E. R.. **PESQUISA EXPLORATÓRIA: PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA O ESTUDO DE FATORES HUMANOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA**. Rev. Saúde Pública, 29 (4): 318-25, 1995
- PITTA, ANA. **HOSPITAL: Dor e Morte como OFÍCIO**, São Paulo: HUCITEC, 1990
- POSSAS, C.A. . **SAÚDE E TRABALHO : a crise da previdência social**, Rio de Janeiro: Graal, 1981
- QUEIROZ, M. S. et al. **REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: MÉDICOS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE O SERVIÇO**. Rev. Saúde Pública, 26(1): 34-40, 1992
- RAMALHO, J.R. . **CONTROLE, CONFLITO E CONSENTIMENTO NA TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO : um balanço para debate**, Rio de Janeiro, BIB,nº 32, 2º semestre de 1991
- RICHMOND, C. **CASES INVOLVING "20 th -CENTURY DISEASES" START LANDING IN BRITISH COURTS**, Can. Med. Assoc. J. 146(4), february 15, 1992

- RITCHIE, K.A et al. **EMPLOYEE PERCEPTIONS OF WORKPLACE HEALTH AND SAFETY ISSUES. CAN A QUESTIONNAIRE CONTRIBUTE TO HEALTH NEEDS ASSESSMENT?**, *Occup. Med.* 44: 77-82. vol. 44, no2, 1994
- ROMERO-SALAZAR, A. et al. **EL STIGMA EN LA REPRESENTACIÓN SOCIAL LA LEPROSA.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(4): 535-542, out/dez, 1995
- ROSA, P. V. et BRUNATO, P. M. S.. **RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM), PRINCÍPIOS BÁSICOS**, *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Vol. 22, n. ½, Jan./Jun 1993
- ROZEMBERG, B. **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE EVENTOS SOMÁTICOS LIGADOS À ESQUISTOSSOMOSE.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1): 30-46, Jan/mar, 1994
-
- O CONSUMO DE CALMANTE E O "PROBLEMA DE NERVOS" ENTRE LAVRADORES.** *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4): 300-8, 1994
- RUBENS, A.J. **ESTABLISHING GUIDELINES FOR OCCUPATIONAL INJURIES,** *JOEM.* volume 37, number 2, february 1995
- SADER, E. . **QUANDO NOVOS PERSONAGENS ENTRARAM EM CENA**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988
- SALDAÑA, N. et al. **DISCONFORT SURVEILLANCE TOOL**, *Ergonomics*, 1994, vol. 37, no. 6, 1097-1112
- SAMPAIO, G. C.. **AValiação CLÍNICA DA QUALIDADE DO SONO EM 92 PACIENTES COM FIBROMIALGIA**, *Rev. Bras. Reumatol.*-vol. 31,n. 1-Jan/Fev, 1991

SATO, L. et alii . **ATIVIDADE EM GRUPO COM PORTADORES DE L.E.R. E ACHADOS SOBRE A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL** ,Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 79 vol 21 jul/set 1993

_____. **GRUPO DE QUALIDADE DE VIDA COM PACIENTES PORTADORES DE LER**, Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 1992

SCHRAMM, Fermin R. et CASTIEL, Luis D. **COMPLEXO SAÚDE / DOENÇA E COMPLEXIDADE EM EPIDEMIOLOGIA**, Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 379-390, out/dez, 1992

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- **ELEMENTOS PARA A FORMULAÇÃO DE DIRETRIZES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, 1993: mimeo. 42p.

SELIGMANN-SILVA, E. . **DESGASTE MENTAL NO TRABALHO DOMINADO** , Rio de Janeiro: Cortez Editora/ Editora UFRJ , 1994

_____. **SAÚDE MENTAL E AUTOMAÇÃO**: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13 (Supl. 2): 95-109, 1997

SOARES, R. M. S. M. **GESTÃO DA EMPRESA: AUTOMAÇÃO E COMPETITIVIDADE**. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990

SONTAG,S. **ASSIM VIVEMOS AGORA**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995

SOUZA, P. R. **OS SENTIDOS DOS SINTOMAS: PSICANÁLISE E GASTROENTEROLOGIA**, Campinas-SP: Papyrus, 1992

SZKLARZ, S. **A ELETROMIOGRAFIA E OS POTENCIAIS EVOCADOS**, Rev. Prática Hosp. e Urgência, 3(2) 10, 1997

- TEIXEIRA, Nelson G. **O FUTURO DO SINDICALISMO NO BRASIL: O DIÁLOGO SOCIAL**, São Paulo: Pioneira, 1990
- THIOLLENT, M. **CRÍTICA METODOLÓGICA, INVESTIGAÇÃO SOCIAL E ENQUETE OPERÁRIA**, São Paulo: Editora Polis, 1987
- THOMAS, R.E. et al. **BIOFEEDBACK AND CTS**, Ergonomics, 1993, vol. 36, n.4, 353-361
- TÔRRES, O. L. S. **O INDIVÍDUO NA ORGANIZAÇÃO: Dimensões esquecidas**, São Paulo: Atlas, 1992
- _____. **O INDIVÍDUO NA ORGANIZAÇÃO: Dimensões esquecidas**, São Paulo: Atlas, vol. II, 1993
- TUNDIS, Silvério A. et COSTA, Nilson R. **CIDADANIA E LOUCURA: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**. Petrópolis-R.J.: Vozes, 1990
- TUDOR, T. **TRABALHO DA MULHER**, Rev. Bras. de Saúde Ocupacional, nº 50, vol. 13 abr/jun, 1985
- VALA, JORGE. **SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – PARA UMA EPISTEMOLOGIA DO SENSO COMUM**. Porto-Portugal : Cadernos de Ciências Sociais, n. 4. Abril, 1996
- VALA, Victor. **EDUCAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA: INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E ASSESSORIA POPULAR**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 8(1): 30-40, Jan/mar, 1992
- VAN DAMME, K. **SCIENCE AND ETHICS OF SCREENING WORKERS**, JOEM. volume 37, number 1, january 1995

- VASCONCELOS, F. D. **UMA VISÃO CRÍTICA DO USO DE PADRÕES DE EXPOSIÇÃO NA VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO TRABALHO.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(4): 588-599, out/dez, 1995
- VIDAL, M. . **A EVOLUÇÃO CONCEITUAL DA NOÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO: conseqüências metodológicas sobre o diagnóstico de segurança,** Cadernos DEP- UFSCar- São Carlos/SP – vol 13, 1989
- VIKARI, E. **PSYCHOMOTOR CAPACITY AND OCCURRENCE OF WRIST TENOSYNOVITIS ,** JOM. volume 36, number 1, january 1994
- WESTGAARD, R.H et al. **INDIVIDUAL AND WORK RELATED FACTORS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS OF MUSCULOSKELETAL COMPLAINTS. II DIFFERENT RISK FACTORS AMONG SEWING MACHINE OPERATORS,** British Journal of Industrial Medicine ;49:154-162, 1992
- WELLS, J. et al. . **MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG LETTER CARRIERS: A COMPARISON OF WEIGHT CARRYING, WALKING & SEDENTARY OCCUPATIONS.** Journal of Occupational Medecine/ VOL 25, Nº 11 November 1983
- WISNER,A. . **POR DENTRO DO TRABALHO,** ergonomia : método e técnica; São Paulo FTD:Oboré,1987
- _____ . **La cognition et l'action situées: conséquences pour l'analyse ergonomique du travail et l'anthropotechnologie.** XII Congrès de l'Association Internationale d'Ergonomie. Annales. Toronto, 1994; Ergonomics,1995

WYSONG, E.. **CONFLICTING, AGENDAS, INTERESTS, AND ACTORS IN DISEASE, LABOR, AND THE HIGH RISK ACT**, *International Journal of Health Services*, vol. 23, n. 2, pages 301-322, 1993

ZAMPLÉNI, Andras. **LA MALADIE ET SES CAUSES**. *L'Ethnographie*,. p. 13-44, 1995

Anexo 1 - Caracterização dos Trabalhadores Entrevistados

<i>Entrevistado</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Situação Previdenciária</i>	<i>Estadiamento Clínico Atual</i>
1.	Feminino	39	Caixa e conferente de exportação (bancária)	Casada	Afastada há 8 meses	Grau III
2.	Feminino	40	Operadora de montagem (metalúrgica)	Casada	Afastada há 15 meses	Grau III
3.	Feminino	41	Escrivã e digitadora (bancária)	Casada	Afastada há 19 meses	Grau IV
4.	Feminino	44	Escrivã e digitadora	Solteira	Afastada há 3 meses	Grau III
5.	Feminino	45	Operadora de importação (bancária)	Casada	Afastada há 12 meses	Grau III
6.	Feminino	45	Operadora de montagem (metalúrgica)	Divorciada	Afastada 8 anos	Grau IV
7.	Feminino	25	Digitadora	Casada	Afastada há 12 meses	Grau III
8.	Feminino	26	Digitadora e escriturária	Divorciada	Afastada há 12 meses	Grau IV
9.	Feminino	29	Operadora de montagem (metalúrgica)	Divorciada	Afastada há 9 meses	Grau III
10.	Feminino	30	Digitadora e secretária	Solteira	Em atividade	Assintomática
11.	Feminino	31	Antes bancária, hoje escriturária	Casada	Em atividade	Grau II
12.	Feminino	38	Caixa e auxiliar de gerência (bancária)	Separada	Afastada há 14 meses	Grau III
13.	Masculino	28	Operador de vendas	Casado	Afastado há 12 meses	Grau III
14.	Masculino	28	Caixa (bancário)	Casado	Afastado há 8 meses	Grau II
15.	Masculino	33	Carteiro	Casado	Afastado há 18 meses	Grau III
16.	Masculino	41	Operador de montagem (metalúrgico)	Casado	Afastado há 14 meses	Grau III
17.	Masculino	43	Caixa (bancário)	Casado	Afastado há 6 meses	Grau II
18.	Masculino	50	Operador de montagem (metalúrgico)	Casado	Afastado há 5 meses	Grau III
19.	Masculino	27	Ajustador (metalúrgico)	Casado	Afastado há 5 meses	Grau IV

ANEXO 2 Textos utilizados para a análise das representações médicas eruditas

1. ACTA FISIÁTRICA, **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, 2 (2): 17-33, 1995
2. ARAÚJO, JOSÉ et al. **LER: Dimensões Ergonômicas e Psicossociais**, Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1997
3. ARMSTRONG, T. J. et al. **A CONCEPTUAL MODEL FOR WORK-RELATED NECK AND UPPER-LIMB MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. Scand. J. W.E, 19: 73-84, 1993
4. ASSUNÇÃO, A.A. . **Sistema Músculo-Esquelético: Lesões por Esforços Repetitivos** *in* MENDES, René . **PATOLOGIA DO TRABALHO** . Rio de Janeiro: ATHENEU, 1995
5. BAMMER, G. et BLIGNAULT, I. **MORE THAN A PAIN IN THE ARMS: a review of the consequences of developing occupational overuse syndromes (OOSS)**. J Occup Health Safety - Aust/NZ , 4 (5), 1988B
6. BAMMER, G. et al. **THE ARGUMENTS ABOUT RSI: AN EXAMINATION**, Community health studies, volume xii, number 3, 1988A
7. _____ . **DISCUSSION PAPERS ON THE PATHOLOGY OF WORK-RELATED NECK AND UPPER LIMB DISORDERS AND TREATMENT**. NCEPH Working Paper, Camberra, (31), 1991
8. _____ . **WORK-RELATED NECK AND UPPER LIMB DISORDERS - social, organisational, biomechanical and medical aspects**. Anais do Seminário Internacional de Ergonomia: Florianópolis/Brasil, 1993
9. BLAIR, S. et BEAR-LEHMAN. . **PREVENTION OF UPPER EXTREMITY OCCUPATIONAL DISORDERS** – editorial comment, The Journal of Hand Surgery, vol 12^A, number 5, part2
10. BRANDIMILLER, P. A.. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER)**, Protocolo de normas para o manejo clínico, ocupacional e institucional dos casos de LER, Instituto Nacional de Saúde do Trabalho, 1992

11. BROWNE, C.; NOLAN, B. & FAITHFULL, D. **OCCUPATIONAL REPETITION STRAIN INJURIES: guidelines for diagnosis and management**, The Medical Journal of Australia, march 17, 1984
12. BONGERS, P. M. . **PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. Second International Scientific Conference on Prevencion of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
13. CARTER, J.B. and BANISTER, E. W. **MUSCULOSKELETAL PROBLEMS IN VDT WORK: A REVIEW**. Ergonomics, 1994, vol. 37, no. 10, 1623-1648
14. CHATTERJEE, D. S. . **REPETITION STRAIN INJURY - a Recent Review**, Great Britain: J.Soc. Occup. Med. , 1987
15. CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
16. COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSI"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
17. COUTO, H. **TENOSSINOVITES E OUTRAS LESÕES POR TRAUMAS CUMULATIVOS**. Belo Horizonte: Ergo, 1991
18. _____ . **GUIA PRÁTICO: TENOSSINOVITES**. Belo Horizonte, Ergo, 1996
19. DEMBE, A. . **THE SOCIAL HISTORY OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS**. Second International Scientific Conference on Prevencion of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
20. DENNETT, X. et FRY, J. H. H. . **OVERUSE SYNDROME: A MUSCLE BIOPSY STUDY** ,The Lancet, april 23, 1988
21. DERMOTT, Mc . **REPETITION STRAIN INJURY: A REVIEW OF CURRENT UNDERSTANDING**. Med. J Aust. 144: 499-500, 1986

22. DEVES, L. et SPILLANE, R. **OCCUPATIONAL HEALTH, STRESS AND WORK ORGANIZATION IN AUSTRALIA**, International Journal of Health Services, Volume 19, Number 2, 1989
23. DIAS, M. D. A. **SAÚDE DO TRABALHADOR: estudo de caso com portadores de lesões por esforços repetitivos**. Dissert. de mestrado, PUC-SP, 1995
24. **DORT- DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - MINUTA DE ATUALIZAÇÃO da NORMA TÉCNICA SOBRE LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS / LER** - Serviço Público Federal, Divisão de Atividades Previdenciárias / SP , INSS, 1997
25. DRISCOLL, T. R. **ARE WORK- RELATED INJURIES MORE COMMON THAN DISEASE IN THE WORKPLACE ?** Occup. Med. 43, 164-166, 1993
26. DUPULS, M. **LA TENDINITE DU MUSICIEN: THÈME ET VARIATIONS** in Second International Scientific Conference on Prevencion of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal- Canadá, 1995
27. FRUCHARD, Ph. et VIGNERON, J. **LES TÊNOSYNOVITES STYLO-RADIALES DE J. F. de QUERVAIN EN MILLIEU DE TRAVAIL**, revue de Médecine du Travail, tome IX, nº 3, 1981
28. HAGBERG, M. **WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS - ILLNESSES OR DISEASES**, in Second International Scientific Conference on Prevencion of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
29. HATEM, E.J. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, revisão , Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 76 vol. 20 jul/dez , 1992
30. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS-** resoluções 180 e 197 de 1992, Secretaria Estadual da Saúde, Federação Estadual dos Bancários/SP e Sindicato dos Bancários de São Paulo
31. KOSKIMIES et al.. **CARPAL TUNNEL SYNDROME IN VIBRATION DISEASE** , British journal of Industrial Medicine; 47:411-416, 1990
32. **LER - NORMAS TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE**, INSS, Minist. da Previdência Social, 1993

33. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: problema da sociedade brasileira, Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte**, mimeo, São Paulo, 1994
34. LIMA, FRANCISCO P. A. **A ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E A PRODUÇÃO DA LER** In ARAÚJO, JOSÉ NEWTON. **L.E.R.- DIMENSÕES ERGONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS** . Belo Horizonte: Livraria e Editora HEALTH, 1997
35. _____ . **L.E.R. E CONTRADIÇÕES SOCIAIS: para além da opinião** . Opinião, Belo Horizonte: vol.6, nº 1, p. 103-129 jul 1996
36. LIMA, M. E. . **A dimensão psicológica** In ARAÚJO, JOSÉ NEWTON. **L.E.R.- DIMENSÕES ERGONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS** . Belo Horizonte: Livraria e Editora HEALTH, 1997
37. MATTAR Jr ,R. et AZZE, R. .**Moléstias Ocupacionais - lesões por esforços repetitivos: um desafio para a cirurgia de mão** In CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995
38. MELO, I. . **Diagnóstico** In OLIVEIRA, C. R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** .Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
39. MONSELL, F.P et al. **SHEARER'S WRIST: THE CARPAL TUNNEL SYNDROME AS AN OCCUPATIONAL DISEASE IN PROFESSIONAL SHEEP SHEARES**, British Journal of Industrial Medicine ;49:594-595, 1992
40. MORFIN, L.M. **PALEOEPIDEMIOLOGÍA EN LAS POBLACIONES PREHISPÁNICAS MESOAMERICANAS** . Arqueologia Mexicana, 1996
41. OLIVEIRA,C.R. . **LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS**, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 73 vol 19 , abril/junh 1991
42. _____ et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** .Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
43. OWEN, Earl. **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSP"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992

44. OWEN, T. **Talks Given at RSI** (report), RSI Association, London, 1995
45. PATKIN, M. **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSI"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
46. PÊGO, A. et al. História da LER no Brasil in OLIVEIRA,C.R. **MANUAL PRÁTICO DE LER**. Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
47. PEREIRA, R.G. **LER: DOENÇA DE TRABALHADORAS**. Dissert. de mestrado, UFBA: Salvador, 1992
48. PHEASANT, S. T. . **DOES RSI EXIST?** Balance of opinion, Occup Med, 167-8, 1992
49. _____ . **DOES RSI EXIST ?** (reply) Occup. Med. 43: 53-54, 1993
50. PHERSON, S.A.Mc. et al. . **CUBITAL TUNNEL SYNDROME**, Orthopedic Clinics of North America, volume 23 - number 1, january 1992
51. PUTZ-ANDERSON, VERN. **CUMULATIVE TRAUMA DISORDERS: A MANUAL FOR MUSCULOSKELETAL DISEASES OF THE UPPER LIMBS**, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, Ohio, USA: Taylor & Francis, 1994
52. QUINTNER, J.L.. **THE AUSTRALIAN RSI DEBATE: stereotyping and medicine**. Disability and Rehabilitation, 1995, vol17, nº 5, 256-62
53. RAMALHO, A. M. et RANGEL, A.L. . **Reabilitação Profissional** In OLIVEIRA, C.R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** . Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
54. RAMAZZINI, B. **DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA. 1700** Trad. Raimundo Estrela - As doenças dos trabalhadores. São Paulo: FUNDACENTRO, 1971
55. REZENDE, M. R. et RIBAK, S. . **Contribuição da Cirurgia** In OLIVEIRA, C.R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER** . Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
56. RIBEIRO,H.P. **CONVERSANDO SOBRE L.E.R.** ;São Paulo, Opção Assessoria de Comunicação,1994

57. _____. **ESTADO ATUAL DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (L.E.R.) NO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO S.A. – BANESPA**, Cad. De Saúde/AFUBESP, Vol. 1, nº 1, Junho/95
58. _____. **A VIOLÊNCIA DO TRABALHO NO CAPITALISMO: o caso das lesões por esforços repetitivos (L.E.R.) em trabalhadores bancários**. São Paulo, [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP] 1997
59. _____.(coord.) **LER: Conhecimento, Prática e Movimentos Sociais**. São Paulo: FSP-USP, SSE-USP, Setembro,1997
60. _____. **LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER): UMA DOENÇA EMBLEMÁTICA**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13 (Supl. 2): 85-93, 1997
61. ROCHA, L. E. . **TENOSSINOVITE COMO DOENÇA DO TRABALHO NO BRASIL: a atuação dos trabalhadores**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, USP, 1989
62. _____. **TENOSSINOVITE E TRABALHO: análise das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) registradas no município de São Paulo**, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 18 (70): 1990
63. _____ et Assunção, A. A. . **ISTO É TRABALHO DE GENTE ?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil, Petrópolis,RJ: Vozes, 1993
64. SANTORUM, K. M. T. . **MULHERES TRABALHADORAS E LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: uma análise na perspectiva de gênero e trabalho**. Dissert. de mestrado, PUC-RS, 1996
65. SANTOS, D. C.. **BUSCANDO UMA SOLUÇÃO PARA A L.E.R.**, Medicina
66. SETTIMI, Maria M. et al. **Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos** In COSTA, D.F. et al. . **PROGRAMA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES** .A experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública, São Paulo , HUCITEC, 1989
67. SETTIMI, Maria M. et SILVESTRE, M. P. . **Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira** In CODO, W. et ALMEIDA, M. C. . **LER . LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1995

68. SILVERSTEIN, B. **WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: PRIMARY PREVENCIÓN STRATEGIES.** in Second International Scientific Conference on Prevention of Work related musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
69. SILVERSTEIN, B. et al. **EVIDENCE FOR WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS: a scientific counterargument.** JOEM- vol 38, number 5, may 1996
70. SJOGAARD, G. . **Commentaires** In COHEN, M; ARROYO, J. & CHAMPION, D. **THE RELEVANCE OF CONCEPTS OF HIPERALGESIA TO "RSI"**. In BAMMER, G. (editor and co-ordinator) Discussion Papers on the Pathology of Work-related Neck and Upper Limb Disorders and The Implications for Diagnosis and Treatment. NCEPH(31) Working Papers/National Centre for Epidemiology and Population Health , The Australian National University, 1992
71. SLOVAK, A. J. **DOES RSI EXIST ?** Occp. Med., vol. 43, nº 1: 53
72. SZABO, R.M. et al. **CARPAL TUNNEL SYNDROME.** Orthopedic Clinics of North America, volume 23, number1, january 1992
73. THOMAS , R.E. et al. **BIOFEEDBACK AND CTS ,** Ergonomics, 1993, vol. 36, n.4, 353-361
74. WELLS, J. et al. . **MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG LETTER CARRIERS: A COMPARISON OF WEIGHT CARRYING, WALKING & SEDENTARY OCCUPATIONS.** Journal of Occupational Medecine/ VOL 25, Nº 11 November 1983
75. WELLS, R. **CAUSAL MECHANISMS OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS.** in Second International Scientific Conference on Prevention of Work Related Musculoskeletal Disorders, Montreal, Canadá, 1995
76. YENG, L. T. et TEIXEIRA, M. J. . **Fisiopatologia da dor nos doentes com LER** In OLIVEIRA, C.R. et al. . **MANUAL PRÁTICO DE LER .** Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998

ANEXO 3 Roteiro de perguntas para as entrevistas

Profissão: idade: estado civil:

1. Você chegou a ser afastado por causa da sua LER?
2. Antes desse problema acontecer com você, há quanto tempo você já trabalhava?
3. Como é que você chama esse problema de saúde que você tem?
4. Para você esse nome é o melhor?
5. Como você descobriu que estava com esse problema? O que você fez então?
6. Você procurou um médico que logo fez o diagnóstico?
7. Você já tinha ouvido falar disso antes?
8. Como é que você acha que as pessoas se tornam portadoras desse problema?
9. Você acha que esse foi o seu caso?
10. Quais foram as informações que você recebeu sobre isso?
11. O que uma pessoa que tem esse problema de saúde sente?
12. Como é que você acha que deve ser o tratamento?
13. Você acha difícil tratar esse problema?
14. Pra você o tratamento resolve esse problema?
15. O que é mais difícil nas LER ?
16. Você procurou outras ajudas diferentes dos tratamentos médicos?
17. Por que esse tipo de problema atinge mais as mulheres que os homens?
18. Como é que as pessoas da sua família e os seus amigos encararam esse problema?
19. Na sua empresa você conheceu outras pessoas com esse problema?
20. Me fale sobre o trabalho que você fazia nesta época.
21. Você gosta de trabalhar?
22. Qual é a importância do trabalho na sua vida?
23. Na época em que você teve esse problema, você tinha algum tipo de dificuldade no trabalho, estava acontecendo alguma coisa?
24. Como era trabalhar naquela época?
25. Por que algumas pessoas têm esse problema e outras não, mesmo quando trabalham na mesma coisa, fazem o mesmo trabalho?
26. Você recebeu logo o diagnóstico e encaminhamento para se tratar?
27. Você recebeu afastamento previdenciário, ou seja, você foi afastado pelo INSS?

28. Pra você as LER e os outros problemas de saúde são a mesma coisa? É uma doença igual às outras?
29. Fale um pouco sobre a sua experiência com esse tipo de dor:
30. Por que aconteceu isso com você?
31. Você acha que seria possível evitar esse tipo de problema? Como?
32. O que você acredita que vai acontecer com você daqui pra frente em relação a esse problema?
33. Alguém poderia ser responsabilizado pela sua LER ?
34. Depois dessa experiência você se sente diferente?
35. Você acha que as doenças modificam as pessoas?
36. Para você, de um modo geral, o que é necessário para uma pessoa ter saúde?
37. E ao contrário, o que provoca doenças, por que as pessoas ficam doentes?
38. Que coisas precisariam acontecer para o mundo não ter doenças?
39. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?